

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N° 777

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roland MELKA

Né le 29 Janvier 1922, à Oran (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1951

**A PROPOS DE L'AURÉOMYCINE
DANS LE TRAITEMENT DES IRIDOCYCLITES
ET DU ZONA OPHTALMIQUE**

Président : M. VELTER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roland MELKA

Né le 29 Janvier 1922, à Oran (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 1951

A PROPOS DE L'AURÉOMYCINE
DANS LE TRAITEMENT DES IRIDOCYCLITES
ET DU ZONA OPHTALMIQUE

Président : M. VELTER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu
	BROCQ (P.)
	Saint-Antoine
	CADENAT (F.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	Salpêtrière
	MONDOR (H.)
	Cochin
	QUENU (J.)
Clinique de cardiologie	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	FEVRE (M.)
Clinique de la tuberculose	MONOD (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	BERNARD (E.)
Clinique de puériculture	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LELONG (M.)
Clinique des maladies du sang	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du système nerveux	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies des enfants	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies infectieuses	DEBRE (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	MOLLARET (F.)
Clinique gynécologique	DELAY (J.)
Cliniques médicales	FUNCK-BRENTANO
	Hôtel-Dieu
	BENARD (H.)
	Bichat
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	LAROCHE (G.)
	Cochin
	MOREAU (R.)
	Pitié
Clinique médicale propédeutique	LIAN (C.)
Cliniques obstétricales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Tarnier
	PASTEUR VALLÉRY-RADOT (L.)
	Baudelocque
Clinique ophtalmologique	LANTUEJOL (P.)
	Port-Royal
	LEVY-SOLAL (E.)
	LACOMME (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER (E.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	AUBIN (A.)
Clinique psychiatrique infantile	RICHET (C.)
Clinique rhumatologique	HEUYER (C.)
Clinique stomatologique	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale	SENEQUE (J.)
Clinique urologique	CHABROL (E.)
Embryologie	FEY (B.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	MOUQUIN (M.)
Génétique	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	LAMY (M.)
Hygiène et médecine préventive	CATHALA (J.)
Médecine du Travail	JOANNON (C.)
	DESOILLE (H.)

Médecine légale	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Pathologie exotique	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie et thérapeutique générales	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Radiologie médicale	.....
Technique chirurgicale	.....
Thérapeutique	.....

MM.	
PIEDELIEVRE (R.)	
GAILLIARD (H.)	
DE GAUDART D'ALLAINES (F.)	
LAVIER (G.)	
LEMAIRE (A.)	
BARIETY (M.)	
DE GENNES (L.)	
HAZARD (R.)	
BINET (L.)	
STROHL (A.)	
DESGREZ (H.)	
MOULONGUET (P.)	
TURPIN (R.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
Anatomie	{ CORDIER (J.-C.)
	{ Pr. s. ch.
	{ DEBEYRE (J.)
Anatomie pathologique	{ DELMAS (A.)
	{ Mlle GAUTHIER-
	{ VILLARS (P.)
Bactériologie . .	{ Pr. s. ch.
	{ BUSSE (F.)
	{ FASQUELLE (R.)
Biologie médicale	{ NEVOT (A.)
	{ BOURLIERE (F.)
	{ ETTORI (J.)
Chimie médicale.	{ Pr. s. ch.
	{ JAYLE (M.-F.)
	{ Pr. s. ch.
Dermato-syphiligraphie	{ SCHAPIRA (G.)
	{ DEGOS (R.)
	{ BULLIARD (H.)
Histologie	{ Pr. s. ch.
	{ COLIJARD (R.)
	{ DESCLAUX (P.)
Hydrologie	{ DEBRAY (C.)
Hygiène	{ BOYER (J.)
	{ DEPARIS (M.)
	{ DEROBERT (L.)
Médecine légale	{ GAULTIER (J.)
	{ N...
	{ SEZE (S. DE)
Neurochirurgie . .	{ GRASSET (J.)
	{ LEPAGE (F.)
	{ MAYER (M.)
Obstétrique	{ MERGER (R.)
	{ RAVINA (J.)
	{ VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	{ OFFRET (G.)
	{ DESVIGNES (P.)
	{ HALPHEN (E.)
Oto-rhino-laryngologie	{ Pr. s. ch.
	{ MADURO (R.)
	{ BRUMPT (L.)
Parasitologie . . .	{ CHABAUD
Parasitologie coloniale ff . .	{ ABOULKER (P.)
Pathologie chirurgicale . .	{ BAUMANN (J.)
	{ GOSSET (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale . .	{ HUGUIER (J.)
	{ LAURENCE (G.)
	{ LEGER (L.)
Pathologie expérimentale .	{ OLIVIER (Cl.)
	{ PADOVANI (P.)
	{ POILLEUX (M.)
Pathologie médicale . . .	{ ROUX (M.)
	{ RUDLER (J.-C.)
	{ VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale .	{ MERKLEN (P.)
	{ BERNARD (J.)
	{ BOUDIN (G.)
Pathologie médicale . . .	{ CASTAIGNE (P.)
	{ CONTE (M.)
	{ DECOURT (J.)
Pathologie expérimentale .	{ DOMART (A.)
	{ DREYFUS (G.)
	{ FAUVERT (R.)
Pathologie expérimentale .	{ HAMBURGER (J.)
	{ KOURILSKY (R.)
	{ MAURIC (G.)
Pathologie expérimentale .	{ MILLIEZ (P.)
	{ PERRAULT (M.)
	{ RAMBERT (P.)
Pathologie expérimentale .	{ THIEFFRY (St.)
	{ TURIAF (J.)
Pédiatrie	{ LAPLANE (R.)
	{ MARIE (J.)
	{ LEVY (Mlle J.)
Pharmacologie	{ Pr. s. ch.
	{ CHEYMOL (J.-H.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie	{ PARROT (J.-L.)
	{ DOGNON (A.)
	{ Pr. s. ch.
Physique médicale	{ DJOURNO (A.)
	{ GOUGEROT (L.)
	{ BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	{ MICHAUX (L.)
	{ CHAPUT (M ^{me} A.)
	{ PERRAULT (M.)
Thérapeutique	{ chargé d'enseign.
	{ KUSS (R.)
	{ UROLOGIE

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*),
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale ..	{ AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.)	Clinique médicale	{ MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique médicale	{ BOULIN (R.) BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) LENEGRE (J.)	Clinique obstétricale ..	{ DIGONNET (L.) ECALLE (G.) LACOMME (M.)
		Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
		Clinique O.R.L.	
		Clinique urologique ...	COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

A MA FEMME

*Fidèle compagne des bons et
des mauvais jours.*

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOLLEFUS

Ophthalmologiste de l'Hôpital de la Pitié

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, nous en a fourni les
observations et nous a toujours
prodigué avec bienveillance les
conseils les plus sûrs.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
notre plus vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TOULANT

Professeur de Clinique Ophtalmologique de l'Hôpital d'Alger

*Qui a guidé nos premiers pas
en ophtalmologie.*

En hommage respectueux.

A MES MAITRES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENARD

Professeur Agrégé d'Ophtalmologie
Ophtalmologiste de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE PROFESSEUR DESVIGNES

Professeur Agrégé d'Ophtalmologie
Ophtalmologiste des Hôpitaux

MONSIEUR GUY OFFRET

Professeur Agrégé d'Ophtalmologie
Ophtalmologiste de l'Hôpital Cochin

A MES MAITRES DE LA FACULTE D'ALGER

INTRODUCTION

L'Auréomycine, un de nos plus récents antibiotiques, s'est révélée également un des plus efficaces, et son champ d'action est plus vaste que celui d'aucun autre de ses prédécesseurs.

Après ses innombrables succès en pathologie générale, l'auréomycine ne pouvait tarder à gagner le domaine de l'ophtalmologie, et le but de notre travail est d'en montrer certaines applications.

Après un bref historique, nous envisagerons successivement :

1° Une première partie, où nous rappellerons les données générales concernant l'auréomycine, et les travaux expérimentaux consacrés particulièrement à l'ophtalmologie;

2° Une seconde partie, consacrée aux iridocyclites et subdivisée en deux chapitres : l'un comprendra un rappel des affections susceptibles de donner des iridocyclites, et le résultat du traitement général de ces affections par l'auréomycine; dans l'autre, à côté des publications des divers auteurs, nous rapporterons les observations des cas d'iridocyclites qui furent traités dans le service d'ophtalmologie de notre maître, Monsieur le Docteur DOLLFUS, à l'hôpital de la Pitié;

3° Une troisième partie qui traitera du zona ophtalmique;

4° Enfin, nous donnerons nos conclusions.

HISTORIQUE

L'auréomycine fut isolée en juillet 1948 par DUGGAR, à partir d'un champignon de l'espèce *streptomyces*, que DUGGAR nomma *Streptomyces aureofaciens* à cause de la couleur jaune d'or de la substance bactériolytique qu'il sécrète. L'auréomycine, qui en dérive, doit son nom au fait qu'elle a la même couleur.

Cet antibiotique donna lieu tout de suite à d'innombrables travaux et l'exposé qui va suivre ne pourra en donner qu'un aperçu tout à fait incomplet.

Dans le domaine expérimental, dès juillet 1948, FINLAND, COLLINS et PAINES rapportèrent les effets de son activité antibiotique sur les diverses bactéries gram + et gram —.

WONG et COX démontrèrent son action sur les virus de la psittacose et de la lymphogranulomatose vénérienne ainsi que sur certaines rickettsies. SCHAFFERT et SPINK s'occupèrent de son efficacité dans les brucelloses; BRYER et LONG vérifièrent les taux d'auréomycine dans le sang et les urines.

CUNNINGHAM ainsi que BRYER et SCHOENBACH montrèrent que le médicament n'est pas toxique.

Rapidement, on passa au domaine de la clinique, et dès le mois de décembre 1948, SPINK, BRAUDE, CASTANEDA et GOYTIA affirmèrent la supériorité de l'auréomycine dans le traitement de la brucellose humaine.

En 1949, ROSS, SCHOENBACH et leurs collaborateurs publièrent ses heureux effets sur la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses. SCHOENBACH et BRYER l'utilisèrent avec succès dans la pneumonie primaire atypique.

En France, les deux mises au point de GUILLEMIN (janvier et février 1949), la thèse de Mlle BENOIST (février 1949) et les articles de BENHAMOU (avril 1949) nous apportent les grandes lignes de la question.

La dermato-vénérologie nous valut les premières publications des ROBINSON en juillet 1949, et en août 1949 O'LEARY prévoyait le remplacement possible de la pénicilline par l'auroéomycine comme agent anti-syphilitique.

En France, très peu de temps après, TZANCK et MEYER, puis DEGOS, GARNIER et CARON l'appliquèrent au traitement de la maladie de DUHRING BROcq. En 1950, LEVADITI et VAISMAN, puis GOUGEROT, MEYER et RAUFAST l'essayent au traitement de la syphilis et en reconnaissent l'efficacité.

FINLAND, COLLINS, GOCKE et WELLS (juillet 1949), ainsi que CHEN, DIENST et GREENBLATT (juillet 1949 puis juin 1950) démontrent sa rapide efficacité dans la gonorrhée.

Presque en même temps, R. B. CASE (septembre 1949) puis BINDER et STUBBS (décembre 1949) revendiquent la priorité des publications concernant le zona; et, FINLAND, FINNERTY et COLLINS rapportèrent leurs succès dans cette affection (décembre 1949).

En matière de tuberculose, les premiers travaux expérimentaux de STEENKEN et WOLINSKY (février 1949) ne furent guère encourageants et il semble que la clinique n'apporta pas de résultats plus heureux : STEINBACH, DOONEIEF et BUCHBERG (juin 1949).

Quant à l'ophtalmologie, elle fut une des premières disciplines à bénéficier des effets du nouvel antibiotique.

Les premières publications importantes furent celles de BRALEY et SANDERS (octobre 1948) qui démontrèrent l'efficacité de l'auréomycine dans les affections oculaires externes.

Ils semblent, en particulier, avoir été les premiers à l'utiliser dans la kératoconjonctivite épidémique; et, dans un second article publié en juin 1949, ils exposent la ligne de conduite à suivre pour en obtenir les meilleurs résultats. En France, à l'occasion de l'épidémie de 1949, c'est Ed. HARTMANN (février 1949) qui, sur l'instigation de BRALEY, fait connaître cette thérapeutique que notre maître, Monsieur le Docteur DOLLFUS, expérimente sur lui-même avec le plus grand bénéfice (auto-observation de mars 1949). A Alger enfin, M. TOUTANT fait une mise au point de la question (1950).

Le côté expérimental fut entrepris par A. DE ROETH (1949-1950) et par BELLOWS, RICHARDSON et FARMER (1950) qui étudièrent la pénétration de l'auréomycine dans l'œil. WOODS, WOOD et NAQUIN (1950) s'occupèrent de tuberculose oculaire expérimentale.

En janvier 1950, Duke ELDER, AINSLIE et BOASE reprirent la question des affections oculaires externes, et signalèrent des cas de zona ophtalmique et d'iridocyclites traités à l'auréomycine.

Le premier en France, notre maître Monsieur le Docteur DOLLFUS, consacre un article au traitement des iridocyclites et du zona ophtalmique par l'auréomycine.

D'autres auteurs rapportèrent également des cas de zona ophtalmique avec des résultats plus ou moins heureux : en France, TZANCK, ALBAHARY et CALDERA (1950), AUBERTIN et RIVIÈRE (1950); à l'étranger, SHIER et PROVISOIR (1950), ZELLER et O'CONNER (1950).

HARTMAN et FOREST (1950) à la suite de BRALEY et SANDERS, rapportèrent l'efficacité de l'auréomycine sur l'herpès cornéen.

Enfin, signalons la multitude de publications que suscita très vite cet antibiotique à propos du traitement du trachome. Parmi les auteurs étrangers, rappelons celles de D'ANDRADE (1949), de MOUNTINHO, GRILO et MOURA (1949), Duke ELDER, BRALEY et SANDERS, BELLOWS et RICHARDSON, BOASE, etc. Parmi les travaux des auteurs français, citons ceux de DESVIGNES (1950), NATAF (1950) et RAIS et ARROYO (1950).

PREMIERE PARTIE

**DONNÉES GÉNÉRALES SUR
L'AURÉOMYCINE**

CHAPITRE I

TRAVAUX EXPÉRIMENTAUX

Après extraction, l'auréomycine est utilisée sous forme de chlorhydrate, poudre cristalline jaune, très soluble dans l'eau distillée, un peu moins dans le sérum physiologique.

Ses solutions sont acides, à $\text{pH} = 4,5$, et perdent rapidement leur activité si elles sont abandonnées à la température ambiante.

Mais, en capsules, l'auréomycine peut se conserver plusieurs mois.

Elle a donné lieu à de nombreux travaux expérimentaux tant *in vitro* qu'*in vivo*.

I. — *IN VITRO*

L'auréomycine agit comme bactériostatique. Elle ne se montre bactériolytique qu'à de très fortes concentrations.

Elle agit à faible dose sur des germes très variés dont de nombreuses bactéries à gram + et gram —, les diverses variétés de brucellas, certains virus tel celui de la lymphogranulomatose, etc.

A poids égal, elle est moins active que la pénicilline sur les germes pénicillino-sensibles, mais elle est

à peu près aussi efficace que la streptomycine sur les germes à gram négatif streptomycino-sensibles.

A l'inverse de la streptomycine, elle agit mieux en milieu acide qu'en milieu alcalin.

Le sérum sanguin semble posséder certaines propriétés empêchantes : dans un milieu additionné de 50 % de sérum humain, il faut employer 50 fois la dose nécessaire pour inhiber un simple bouillon de culture, ce qui serait peut-être dû à une enzyme semblable à la pénicillinase.

Enfin, particularité très intéressante, contrairement à la pénicilline et à la streptomycine, l'auréomycine n'entraîne pas de phénomène de résistance de la part des germes contre lesquels elle est utilisée.

II. — *IN VIVO*

1^o TOXICITÉ.

Sa toxicité fut déterminée par BRYER et ses collaborateurs chez la souris, le rat et le chien :

- après une injection intraveineuse d'une dose unique de 50 mg par kg de poids, toutes les souris survivent;
- après la même injection de 100 mg par kg, 40 % des souris survivent.

Les expériences faites chez le chien et le rat donnèrent des résultats concordants. Or, ce sont des doses bien supérieures à celles qui sont communément adoptées en clinique par la voie veineuse.

2^o POUVOIR PROTECTEUR.

Il fut déterminé chez la souris et se révéla considérable : 10.000 doses léthales intrapéritonéales de germes virulents sont neutralisées dix-huit heures après

l'administration sous-cutanée de 5 mg d'auréomycine par kg, trois fois par jour.

3° ABSORPTION — DISTRIBUTION — EXCRÉTION.

Administrée *per os*, sous forme d'une dose moyenne unique de 1 g, l'auréomycine est absorbée assez lentement par le tractus gastro-intestinal. Cependant, une heure après la prise, elle est décelable dans le sérum où elle atteint une concentration maxima de 0,6 à 2,5 microgrammes par cm^3 dans un délai de quatre à six heures, et elle y persiste pendant huit à douze heures.

Après des doses orales répétées toutes les six heures, la concentration sanguine peut atteindre de 5 à 20 microgrammes.

Par voie veineuse, la concentration maxima est atteinte en quelques minutes, mais décroît plus vite que lors d'une prise orale.

Elle passe assez rapidement dans le foie, la rate, les reins, les poumons. Elle franchit le placenta et on l'a décelée dans le sang du cordon ombilical d'un enfant dont la mère absorbait de l'auréomycine. Sa présence dans le L.C.R. est signalée par certains auteurs, contestée par d'autres. Nous nous attarderons plus longuement dans le paragraphe suivant sur la question de sa diffusion dans les milieux oculaires.

Même quand il existe des lésions rénales, elle est rapidement excrétée par les urines auxquelles elle donne une couleur jaune verdâtre. La concentration maximum y est atteinte vers la quatrième heure et l'excrétion se poursuit lentement, pendant un à trois jours suivant les auteurs.

III. — DANS LE DOMAINE DE L'OPHTALMOLOGIE

Pour qu'une substance chimiothérapique soit efficace, elle doit répondre à deux conditions essentielles : ne pas être nocive pour l'organisme, et atteindre le foyer infectieux à une concentration convenable. Dans un article très documenté, BELLOWS, RICHARDSON et FARMER se sont penchés sur ces deux questions chez le lapin.

1° EFFETS SUPERFICIELS.

Un collyre à 0,5 %, en solution boratée, est bien toléré par l'œil quand il est instillé à trois ou quatre heures d'intervalle.

A cette même concentration, des instillations trop fréquentes ou des bains cornéens provoquent des érosion cornéennes prenant la fluorescéine, qui toutefois guérissent rapidement quand on revient à un rythme normal d'instillation.

Par ailleurs, l'auréomycine ne retarde pas la régénération de l'épithélium cornéen, comme le font d'autres produits chimiothérapiques.

2° EFFETS PROFONDS.

L'injection intravitréenne est très mal supportée et provoque une réaction inflammatoire de tout le globe oculaire : injection conjonctivale, corps flottants dans la chambre antérieure, congestion de l'iris et opacités vitréennes.

3° PÉNÉTRATION DE L'AURÉOMYCINE APPLIQUÉE LOCALEMENT.

En instillations ou en bains cornéens, l'auréomycine ne traverse pas la cornée normale, mais pénètre une cornée érodée ou présentant une lésion infectieuse.

L'injection sous-conjonctivale est douloureuse et n'entraîne pas de passage appréciable du produit dans la chambre antérieure.

L'iontophorèse n'est guère plus efficace et a en outre l'inconvénient de provoquer des érosions cornéennes.

4° PÉNÉTRATION DE L'AURÉOMYCINE ADMINISTRÉE PAR VOIE GÉNÉRALE.

Seule la voie intraveineuse fut utilisée par BELLOWS et ses collaborateurs. Ils retrouvèrent alors des doses appréciables d'auréomycine dans les tissus oculaires, en rapport avec l'importance de leur vascularisation :

conjonctive	6	microgrammes
choroïde	2,2	«
sclérotique	1,5	«
cornée	1,3	«
H. A.	0,6	«
vitré	0,2	«

Sur cette même question, A. DE ROETH fit part de ses résultats personnels dans deux articles successifs :

En application locale et par voie intraveineuse, ses constatations concordent avec celles de BELLOWS.

En outre, il vérifia que les injections intramusculaires et les prises orales d'auréomycine ne provoquaient pas sa pénétration en quantités dosables dans les milieux oculaires.

Il signale enfin que l'auréomycine apparue dans les tissus oculaires, à la suite d'injections intraveineuses, n'en disparaît que lentement dans un délai de huit à douze heures; donc, comparée aux autres antibiotiques, l'auréomycine franchit moins facilement la barrière hémato-oculaire; mais, une fois ce pas accompli, elle y demeure plus longtemps.

Ces données expérimentales très intéressantes appellent cependant quelques restrictions. VON SALL-

MANN fait remarquer que ce qui est valable pour l'œil du lapin, ne s'applique peut-être pas strictement à l'œil humain.

D'autre part, tous ces travaux ne concernent que des yeux normaux. Or, KALT, s'inspirant de la technique d'AMSLER et HUBER, s'attacha à vérifier la perméabilité de la barrière hémato-oculaire, en injectant de la fluorescéine par voie intraveineuse; le colorant, parvenu dans la chambre antérieure, provoque des phénomènes de fluorescence de l'humeur aqueuse, et il en étudia les variations au biomicroscope. Il constata alors, qu'au cours des syndromes inflammatoires évolutifs, l'élimination de la fluorescéine était accélérée, traduisant ainsi l'accroissement de la perméabilité oculaire; cette accélération était bien plus considérable dans les uvéites à évolution aiguë ou subaiguë, que dans les mêmes affections d'allure chronique, torpide.

Ainsi, nous pouvons en déduire que l'auréomycine pénétrera plus facilement et en plus grande quantité dans un œil enflammé que dans un œil normal, ce que BENZAKEN avait déjà signalé à propos de la pénicilline (*thèse d'Alger, 1948*).

CHAPITRE II

APPLICATIONS PRATIQUES DE L'AURÉOMYCINE

I. — SPECTRE ANTIBACTERIEN

L'étendue d'action de l'auréomycine est très grande, car en plus des indications majeures qui lui sont propres, elle empiète sur le domaine de la pénicilline et celui de la streptomycine.

La liste des affections obéissant à l'auréomycine s'accroît sans cesse et nous n'en donnerons qu'un bref résumé :

- 1° *Infections à cocci* : staphylocoques — streptocoques — pneumocoques — méningocoques — gonocoques, mélitocoques;
- 2° *Bacilles gram négatif* : de la fièvre typhoïde, tularémie, dysenterie bacillaire, conjonctivite à bacille de Morax;
- 3° *Spirochètes* : de la syphilis, du typhus récurrent, des leptospiroses;
- 4° *Rickettsies* : du typhus murin, typhus exanthématique, de la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, de la Q Fever, etc.;

- 5° *Virus* : de la maladie de Nicolas-Favre, psittacose, pneumonie primaire atypique, du trachome, du zona;
- 6° *Parasites*. — Végétaux : actinomycose.
Animaux : Dysenterie amibienne;
- 7° *Faisons une mention spéciale pour le B.K. et le bacille de Hansen.*

Vis-à-vis du premier, certains auteurs lui reconnaissent une efficacité inférieure à celle de la streptomycine, mais réelle. Quant à la lèpre, nous n'avons relevé qu'une seule observation concernant ses complications oculaires.

Cette énumération n'est peut-être pas inutile, car nous retrouverons beaucoup de ces affections dans l'étiologie des iridocyclites.

II. — MODES D'ADMINISTRATION ET POSOLOGIE

1° ADMINISTRATION SYSTÉMATIQUE.

La posologie n'est pas encore codifiée de façon définitive et les prescriptions varient suivant chaque auteur. On admet comme doses moyennes par kg de poids et par jour :

- 20 mg par voies intraveineuse et intramusculaire;
- 50 mg *per os*.

La voie orale est la plus couramment utilisée. L'auromycine est administrée sous forme de capsules dosées à 0 g 25, en prises fractionnées toutes les quatre à six heures, pour maintenir la concentration sanguine à un taux suffisant.

Les Américains utilisent également une poudre aromatisée au chocolat, contenant 50 mg de chlorhydrate

d'auréomycine par cuillerée à thé, pour les enfants qui ne peuvent avaler les capsules. On dilue chaque dose avec de l'eau ou du lait pour en diminuer l'amertume.

Pour un adulte, la dose moyenne quotidienne est de 1,5 à 3 g; les doses totales varient de 15 à 40 g, et même davantage suivant l'intensité de l'affection à traiter. C'est ainsi que dans un cas grave d'actinomycose cervico-faciale, MAC VAY a été amené à prescrire 99 grammes répartis sur vingt-huit jours.

La voie intramusculaire est abandonnée car elle est douloureuse et ne semble pas conférer plus d'activité à l'auréomycine que la voie orale.

La voie intraveineuse, peu utilisée, est réservée aux cas où la gravité de l'infection nécessite une attaque massive, ou à ceux pour lesquels l'auréomycine n'est pas tolérée par voie orale. On pratique alors trois injections, à huit heures d'intervalle, d'auréomycine diluée dans une solution de leucine : 50 mg d'auréomycine à dissoudre dans 2,5 cc de leucine. Il faut éviter de dépasser 300 mg en une seule injection, et procéder lentement, par voie strictement intraveineuse, à cause des dangers de cellulite et de phlébite.

2° APPLICATIONS LOCALES.

En ophtalmologie, l'administration systématique est réservée aux affections profondes. Pour les lésions externes, on utilise un collyre à 0,5 % en solution boratée à $\text{pH} = 7,5$ environ, dont on instille une à deux gouttes toutes les deux heures. Cette solution, perdant rapidement toute activité, n'est préparée qu'extemporanément et ne peut servir au delà de quarante-huit heures.

Il existe également une pommade ophtalmique à 1 % plus spécialement destinée au traitement des blépharites.

Quant à la voie sous-conjonctivale, elle n'est guère utilisée, car elle est douloureuse et peu efficace.

III. — TOXICITE

L'un des avantages essentiels de l'auréomycine est sa très faible toxicité.

Les travaux expérimentaux avaient montré une remarquable tolérance, les doses actives restant toujours largement éloignées du seuil toxique. Les constatations faites en clinique confirment ces données.

Les accidents provoqués sont toujours bénins; exceptionnellement on a signalé des manifestations graves au cours d'un traitement à l'auréomycine, sans que l'on ait pu prouver de façon formelle quelle en fut la cause.

1° TROUBLES DIGESTIFS.

Au cours d'un traitement par voie orale, on peut constater quelques troubles digestifs à type de nausées, vomissements, brûlures épigastriques ou diarrhée légère. Ils sont rarement assez intenses pour nécessiter un arrêt du traitement. Mais ils sont relativement fréquents; pour GARNIER, ils surviennent dans 30 à 35 % des cas.

On a voulu établir un parallèle entre l'apparition de ces signes d'intolérance et les doses d'auréomycine ingérées. En réalité, il ne semble pas y avoir de rapport entre eux. C'est ainsi que ces troubles peuvent survenir dès les premières prises d'auréomycine, pour s'amender parfois et disparaître malgré la poursuite du traitement.

De même, l'administration d'énormes doses du produit n'est pas moins bien tolérée que de faibles quantités d'auréomycine : le malade de MAC VAY qui en

reçu 99 grammes, n'eut guère à souffrir que d'une très légère nausée pendant deux jours.

Pour R. LESSARD, ces troubles s'expliqueraient par la brusque modification de la flore bactérienne intestinale à la suite de l'ingestion d'auréomycine.

Les moyens proposés pour les combattre sont fort nombreux :

WESLEY, SPINK et YOW conseillent d'utiliser la voie endoveineuse, et SANDERS signale qu'il traita 116 sujets de cette façon sans incident.

On conseille également de faire coïncider la prise d'auréomycine avec l'absorption de nourriture. Certains l'associent aux alcalins; mais dans ce cas, ne risque-t-on pas de diminuer son efficacité dont on sait qu'elle est optima en milieu acide ?

Il en est de même pour le sel d'hydroxyde d'aluminium communément utilisé par les Américains : DI GAUDI et ROGERS ayant suggéré qu'*in vitro*, ce produit, agissant comme adsorbant, pouvait inhiber l'auréomycine, WAISBREN et HUECKEL déterminèrent le taux sanguin d'auréomycine et en constatèrent une sensible diminution après la prise d'hydroxyde d'aluminium.

Carlos LAMAR administre de la dramamine; BARTHOLOMEW et NICHOLS donnent du lait.

Mais aucun de ces moyens n'est réellement efficace, sinon peut-être la méthode des injections intraveineuses.

Très récemment, dans un article publié le 16 mai 1951, E. PLANSON, s'inspirant de la méthode préconisée par HARRIS, dit avoir obtenu d'excellents résultats dans la prophylaxie de ces troubles, en employant un complexe naturel qui associe les vitamines du groupe B à des éléments diastasiques qui en facilitent l'assimilation. Aucun de ses malades ainsi traités ne présenta d'accidents cutanéomuqueux.

2° ACCIDENTS CUTANÉS.

Ils sont moins fréquents que les troubles digestifs et peuvent revêtir plusieurs aspects.

Parfois, il s'agit de manifestations du type allergique comme celles qui ont été signalées par BURSTEIN et ses collaborateurs. Le cas de TZANCK, SIDI et HUBAULT est assez démonstratif : il s'agissait d'une infirmière qui présenta une réaction eczémateuse du visage, des jambes et des avant-bras vingt-quatre heures après l'absorption d'auréomycine. L'enquête révéla l'emploi, dans les jours précédents, d'un collyre à l'auréomycine qui avait joué le rôle d'agent sensibilisateur. En conclusion, les auteurs insistent sur les dangers d'une application locale d'un antibiotique, qui expose à l'intolérance, d'où impossibilité de l'utiliser par voie interne le cas échéant, sous peine de graves accidents allergiques.

Parfois, il ne s'agit plus de sensibilisation. BERTOYE, MOUNET et TOURAINE rapportent deux cas de lésions cutanées érythémateuse et ulcéreuse qu'ils attribuent à la causticité de l'auréomycine due, soit à l'acidité de son pH, soit à une insuffisance de purification.

3° SPINK et ses collaborateurs signalent une série de troubles survenant au cours du traitement de la brucellose : après des doses initiales de 2 g par jour, on voit survenir entre la huitième et la douzième heure une ascension thermique brutale, de l'hypertension artérielle et de la tachycardie. Rien de tel ne se produit si l'on passe progressivement de 0 g 1 à 0 g 6, puis à 1 g 6 et, enfin, à 2 g par jour.

4° THROMBOSE VEINEUSE.

Elle est exceptionnelle. BETLEY en signale un cas au cours du traitement d'un pemphigus. Il avait été administré 83 g d'auréomycine en quarante-quatre jours.

Certains auteurs nient la responsabilité de l'antibiotique dans de tels accidents. Or, WAISBREN et GLICK démontrèrent, chez l'homme, que l'auréomycine accroît la coagulabilité du sang en abaissant la concentration de l'héparine normalement contenue dans le plasma.

Cependant, la rareté de tels faits, compte tenu des doses parfois très importantes utilisées, nous incite à penser qu'ils ne peuvent se produire que sur un terrain prédisposé.

5° Signalons enfin le cas de coma urémique rapporté par notre maître Monsieur le Docteur DOLLFUS. Nous verrons ce qu'il faut en penser à propos de l'observation de ce malade.

En résumé, la toxicité de l'auréomycine ne se manifeste guère en clinique que par de banals troubles digestifs, toujours bénins, et nécessitant rarement l'interruption du traitement.

IV. — DETERMINATION RAPIDE DE LA CONCENTRATION SANGUINE EN AUREOMYCINE

Nous terminerons cette première partie en signalant que S. SCHNEIERSON a mis au point une rapide méthode de détermination de la concentration sanguine, basée sur l'inhibition du *Proteus vulgaris* X-19 par l'antibiotique contenu dans le sang. Ce dosage peut présenter un certain intérêt dans les cas où, les phénomènes d'intolérance gastrique contraignant à utiliser un produit comme le sel d'hydroxyde d'aluminium, il devient important de savoir si le taux d'auréomycine encore libre est suffisamment élevé pour posséder une activité thérapeutique.

DEUXIEME PARTIE

LES IRIDOCYCLITES

CHAPITRE I

RAPPEL DES PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES IRIDOCYCLITES

Lorsqu'il se trouve en présence d'une iridocyclite, l'ophtalmologiste est très souvent embarrassé pour instituer un traitement étiologique.

Le problème se complique encore du fait que, chez un même malade, plusieurs causes possibles s'offrent parfois, entre lesquelles il est difficile de choisir.

Enfin, très souvent, malgré des investigations très poussées, l'origine en reste mystérieuse.

Nous essayerons de résumer sous forme de tableau les principales affections incriminées dans l'étiologie des iridocyclites, et nous les ferons suivre d'un autre tableau rappelant l'activité de l'auréomycine pour nous permettre de les comparer facilement.

ETIOLOGIE DES IRIDOCYCLITES

1° Générales	INFECTIONS	<i>Bactéries</i> :	Tuberculose — Gonococcie — Lèpre — Brucellose — Dysen- terie bacillaire.
		<i>Spirochètes</i> :	Syphilis — Spirochètose ictéro- hémorragique — Typhus ré- current.
		<i>Rickettsies</i> :	Typhus exanthématique.
		<i>Virus</i> :	Herpès — Zona — Grippe.
		<i>Parasites</i> :	Dysenterie amibienne — Palu- disme — Onchocercose — Try- panosomose.
2° Focales		{ Dents — Amygdales — Sinus — Appareils digestif et génito-urinaire.	
3° Locales		{ Ulcères cornéens. Pénétration de germes par traumatisme acciden- tel ou opératoire.	
DIATHESES		{ Rhumatismes — Diabète — Goutte.	
I.C. DITES PRIMITIVES		A virus filtrant :	
		{ Ophtalmie sympathique — Syndrome de Harada — Syndrome d'Heertfordt (serait une forme de tuberculose atypique).	
		{ Endocrinogénitales :	
		{ Iridocyclite de la ménopause — Iridocyclite cataméniale.	

Ces tableaux, forcément incomplets, peuvent prêter à bien des critiques. Mais ils nous permettent de constater rapidement que l'auréomycine se montre efficace contre bon nombre des causes infectieuses des iridocyclites.

Certaines de ces causes s'imposent par leur particulière fréquence, et selon les pays ou les écoles, on

attribue la plus grande importance à la syphilis (France), à la tuberculose (Allemagne), aux infections focales (Etats-Unis), au rhumatisme ou à la gonococcie. Ce sont d'ailleurs les causes habituellement rencontrées en clinique.

Remarquons encore que le groupe des iridocyclites rhumatismales tend à se réduire de plus en plus, au

CHAMP D'ACTION DE L'AUREOMYCINE

BACTÉRIES	Infections à :
<i>Cocci</i>	{ Staphylocoques — Streptocoques — Pneumocoques — Méningocoques — Gonococcie — Brucellose.
<i>Bacilles</i>	{ Colibacillose — Typhoïde — Tularémie — Dysenterie bacillaire — Bacille de Morax — — Bacille de Koch — Bacille de Hansen ?
SPIROCHÈTES	{ Syphilis — Leptospiroses — Typhus récurrent.
RICKETTSIES	{ Les Typhus — Fièvre Pourprée des Montagnes Rocheuses — Q. Fever, etc...
VIRUS	{ Pneumonie primaire atypique — Psittacose — Lymphogranulomatose — Vaccine — Herpès — Zona — Trachome.
PARASITES	{ Végétaux : Actinomycose. Animaux : Dysenterie amibienne.

fur et à mesure que l'on découvre l'étiologie exacte des divers rhumatismes, et à s'incorporer dans les iridocyclites infectieuses d'origine syphilitique, tuberculeuse, gonococcique ou autre.

Avant de passer à l'étude des cas d'iridocyclites, nous voudrions rappeler brièvement les résultats de

l'efficacité de l'auréomycine dans le traitement de quelques affections générales qui en sont à l'origine.

1° TUBERCULOSE.

STEENKEN et WOLINSKY avaient constaté *in vitro* les propriétés bactériostatiques de l'auréomycine; mais leurs expériences *in vivo* aboutirent à un échec complet.

WOODS, WOOD et NAQUIN ne furent pas plus heureux dans le traitement de la tuberculose oculaire expérimentale du lapin dont l'évolution ne fut pas arrêtée par l'auréomycine.

Les résultats cliniques de STEINBACK, DOONEIEF et BUCHBERG sont également infructueux.

Cependant, Dubois POULSEN reconnaît à l'auréomycine une certaine efficacité sur le B.K. et pense qu'elle pourrait constituer un excellent traitement intercalaire entre deux séries de streptomycine.

2° SYPHILIS.

O'LEARY, se basant sur le nombre sans cesse croissant des cas de pénicillino-résistance, prévoit l'emploi prochain de l'auréomycine comme antisypilitique, compte tenu de son efficacité certaine et de son maniement facile.

D'autres auteurs, tels WILCOX, GOUGEROT, RODRIGUEZ, reconnaissent la valeur de l'auréomycine dont l'effet produit la disparition des tréponèmes au niveau des accidents spécifiques, une cicatrisation rapide des lésions ouvertes et une tendance nette à la négativation du B.W.; mais ils l'estiment toutefois inférieure à celle du bismuth, de l'arsenic ou de la pénicilline.

3° GONOCOCCIE.

Nous ne rappellerons que les résultats de CHEN, DIENST et GREENBLATT qui utilisent l'auréomycine avec

succès dans la gonorrhée à la dose de 1 g, trois fois par jour, pendant deux jours, alors même que le résultat est probant dès le premier jour.

4° RHUMATISMES.

Il s'agit surtout de rhumatisme chronique, beaucoup plus rarement de rhumatisme articulaire aigu.

On pense actuellement que l'iridocyclite n'est pas due au rhumatisme même, mais qu'il existe une cause commune qui provoque des manifestations à la fois oculaires et articulaires, cette cause pouvant être la syphilis, la tuberculose ou des affections focales. Il se pose donc le même problème pour les rhumatismes que pour les iridocyclites.

5° BRUCELLOSES.

Elles représentent une des indications majeures de l'auréomycine qui remplace avantageusement la streptomycine et permet d'éviter les dangers que celle-ci comportait du côté de l'appareil vestibulaire.

6° RICKETTSIOSES.

Là encore, nous assistons au triomphe de l'auréomycinothérapie dans des affections qui, jusque-là, échappaient à tout traitement spécifique.

7° DYSENTERIES.

Les dysenteries, tant amibiennes que bacillaires, bénéficient également du traitement par l'auréomycine.

8° SPIROCHÉTOSES.

Selon PERIOT et PHILIP, l'auréomycine est efficace contre le typhus récurrent et toutes les formes de leptospirose.

9° LÈPRE.

En ce qui concerne cette affection, nous n'avons pu retrouver qu'une communication de D. ELLIOT qui, après avoir guéri des lésions conjonctivales et cornéennes lépreuses, suggère qu'il serait désirable d'entreprendre de nouvelles recherches dans le traitement des iridocyclites lépreuses et de la lèpre en général.

10° ZONA.

Nous étudierons cette question en détails dans la troisième partie de cet ouvrage.

Au terme de cette brève revue, nous pensons avoir montré que l'auréomycine peut intervenir bien souvent dans le traitement étiologique des iridocyclites. Et, bien que certaines de ces affections ne soient pas très fréquentes, à l'origine des iridocyclites, elles n'en existent pas moins réellement comme en témoigne un cas de leptospirose ictéro-hémorragique que nous rapportons un peu plus loin.

CHAPITRE II

LES CAS D'IRIDOCYCLITES TRAITÉES PAR L'AURÉOMYCINE

I. — LES OBSERVATIONS DES DIVERS AUTEURS

Les publications concernant l'emploi de l'auréomycine dans le traitement des iridocyclites sont encore rares.

BELLOWS, RICHARDSON et FARMER en ont traité trois cas, d'origine indéterminée; l'auréomycine fut administrée par la voie orale : deux cas, à évolution aiguë, guérissent en vingt-quatre à quarante-huit heures. Le troisième cas, à évolution chronique et récidivante, ne montra aucune amélioration après l'administration, pendant une semaine, de 0 g 75 par jour d'auréomycine.

Bien que la dose employée semble faible, on peut déjà remarquer que les formes chroniques réagissent moins bien que les formes aiguës.

C'est également ce que confirment les douze cas traités par Duke ELDER, AINSLIE et BOASE. Il s'agissait d'iridocyclites chroniques pour lesquelles on donna de 2 à 3 g d'auréomycine par jour, jusqu'à un total de 20 g environ. Aucune amélioration nette ne s'en suivit, excepté dans un cas d'uvéite récidivante dans laquelle

deux crises aiguës successives cédèrent à cette thérapeutique.

Ces mêmes auteurs enregistrent également un échec devant une ophtalmie sympathique survenue deux mois après une extraction de cataracte.

Enfin, il y eut la publication de notre maître Monsieur le Docteur DOLLFUS; la plupart de nos observations en sont extraites; nous n'avons fait que les reproduire en détail, et les commenter. Nous tenons à remercier très vivement notre maître de nous avoir autorisé à le faire.

II. — LES OBSERVATIONS DU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE DE L'HOPITAL DE LA PITIE

OBSERVATION N° I

(L..., 47.1390)

Femme de cinquante-deux ans, qui vient consulter en fin août 1950 pour de violentes douleurs périorbitaires à droite. Son œil droit est rouge et présente des signes manifestes d'iritis : milieux oculaires troubles, nombreuses synéchies iriennes.

T.O.D. — 20 — V.O.D. = 0,3.

Le 1^{er} septembre 1950, on prescrit : Pénicilline sous-conjonctivale, collyre Pénisulfa, lait intra-musculaire. Au bout de cinq jours, on n'a obtenu aucune amélioration.

Le 8 septembre, la malade se plaignant d'arthralgies est hospitalisée; on administre alors un double traitement à base de salicylate et d'auréomycine (collyre et per os : 2 g par jour).

Six jours plus tard, après 12 g d'auréomycine, l'affection est en nette régression : l'œil droit est calme.

V.O.D. = 0,6.

Mais, alors que l'état de l'œil droit est en progression continue, le 21 septembre, l'œil gauche présente à son tour une poussée d'iritis subaiguë : V.O.G. = 0,4.

Au biomicroscope, on constate quelques plis de la Descemet et un gros exsudat floconneux flottant dans la chambre antérieure. La malade est alors mise à la pénicilline par voie générale et au mercure.

L'amélioration se fait lentement, et le 30 septembre :

V.O.G. = 0,4, tandis que V.O.D. = 0,8.

À la lampe à fente, l'œil gauche montre un léger trouble cornéen et des plis de la Descemet, tyndal en régression, migrations pigmentaires sur la cristalloïde antérieure plus importantes qu'à droite. T.O.D.G. = 17.

Le 10 octobre, l'œil gauche n'est pas complètement calme ; on note la persistance de l'injection périkeratique et l'existence d'une petite synéchie vers 7 heures.

En novembre 1950, les deux yeux sont calmes, et, après correction : V.O.D. = 1 ; V.O.G. = 0,7.

En résumé, nous avons d'abord assisté à l'évolution d'une iritis aiguë droite qui n'a pas obéi à la pénicilline. Après un traitement à l'auréomycine, l'amélioration est rapide. Une nouvelle poussée d'iritis à l'œil gauche réagit plus lentement sous l'effet d'un traitement classique. Le traitement intercalaire comprenant de l'auréomycine fut le plus efficace et le plus rapide.

OBSERVATION N° II

(G..., 51.2262)

Il s'agit d'un malade de soixante-douze ans qui avait été opéré de cataracte à l'œil droit en mai 1950. Il se présente le 29 mars 1951 pour rougeur et sécrétion conjonctivales de l'œil droit. Les voies lacrymales sont perméables. Au biomicroscope :

cornée normale, pas de Descemetite, chambre antérieure profonde, iris peu mobile de texture normale. On lui prescrit un collyre à l'auréomycine.

Il revient le 6 avril se plaignant de douleurs oculaires sourdes, sans caractère précis. On note une injection périkeratique, de la photophobie. A la lampe à fente : à droite : quelques petites opacités cornéennes superficielles : semis de petits précipités blancs sur toute la face postérieure de la cornée ; chambre antérieure de profondeur normale ; tyndal ; congestion irienne ; la cicatrice limbique ne décèle rien d'anormal. A gauche, l'œil est calme, il n'y a pas de précipité, mais il existe des opacités cristalliniennes diffuses.

V.O.D. = 0,2 faibles ; V.O.G. = numération des doigts à 40 cm. Le malade est mis à l'auréomycine *per os* à raison de 6 capsules par jour (1,50 g).

Pendant quatre jours, l'état reste stationnaire.

T.O.D. = 15 — T.O.G. = 22.

On instille de l'atropine dans l'œil droit.

Le 13 avril, aucun changement n'étant intervenu, on arrête l'auréomycine ; la dose totale a été de 10 grammes. Le malade est alors mis au cyanure de mercure intraveineux à raison de une injection tous les deux jours.

Un mois plus tard, l'affection n'a guère évoluée.

En résumé, il s'agit d'une iridocyclite à tendance torpide évoluant vers l'hypotonie, survenant dix mois après une extraction de cataracte. L'auréomycine fut administrée en collyre d'abord, puis *per os*, mais elle échoua complètement. Un traitement au cyanure de mercure ne fut pas plus efficace. Nous avons là un exemple de l'échec de l'auréomycine dans un cas d'iridocyclite à allure traînante.

OBSERVATION N° III

(P..., 50.3360)

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, ayant présenté une iritis bilatérale en 1943, qui vient consulter le 20 mai 1950 pour une iritis de l'œil droit évoluant depuis dix jours.

A l'examen : O.D. : photophobie, larmoiement, injection périkeratique; V.O.D. : 0,1; le biomicroscope montre un tyndal important, des plis de la Descemet, un iris congestionné; T.O.D. : 16. L'œil gauche est calme : V.O.G. : 0,4; la lampe à fente montre des synéchies anciennes réalisant une séclusion presque totale : T.O.G. : 16.

On prescrit 3 g d'auréomycine par jour, avec collyre à l'auréomycine en instillations toutes les deux heures.

L'amélioration est très rapide; en deux jours, après 3 g d'auréomycine, l'acuité visuelle remonte à 0,4; tyndal plus modéré iris moins congestif; les plis de la Descemet sont en régression.

Dès le 27 mai, après une dose de 13 g, V.O.D. = 0,7 après correction; la gonioscopie ne révèle pas de goniosynéchies.

Le malade revient le 6 juin se plaignant de brûlures à la miction et d'arthralgies à la main gauche; il nous révèle alors qu'il a eu une blennorrhagie en 1934. L'examen de l'œil gauche ne montre aucun signe évolutif.

Mais, le 12 octobre 1950, une violente poussée d'iritis se déclare à l'œil gauche; V.O.G. est inférieure à 0,1; au biomicroscope, la cornée est trouble, œdémateuse, avec des plis de la Descemet; l'iris est congestif et il existe de nombreuses synéchies. F.O.G. : inéclairable.

L'œil droit est calme, son acuité visuelle est de 8/10, mais l'iris est atrophique, areflexique en demi-mydriase. Un second traitement à l'auréomycine est entrepris : 2 g par jour pendant quatre jours. De nouveau, l'amélioration est rapide et sensible. Le 18 octobre, l'œil est calme et V.O.G. : 0,4, comme antérieurement; les milieux s'éclairent progressivement.

Le malade est revu en mars 1951; il n'y a pas eu de récurrence et son acuité visuelle après correction est de 0,9 à droite et 0,6 à gauche.

Dans ce cas, il s'agit sans doute d'une iritis gonococcique comme en témoigne l'atteinte successive des deux yeux, chez un malade présentant une blennorragie chronique et des arthralgies. Remarquons la rapidité avec laquelle, par deux fois, l'auréomycine a agi : en l'espace de cinq jours, l'acuité visuelle à droite passe de 0,1 à 0,7; à gauche, elle remonta à son niveau antérieur dans le même délai.

OBSERVATION N° IV

(P..., 51.2418)

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, qui présenta le 15 janvier 1951 un petit épisode infectieux rhinopharyngé. Le lendemain son œil droit devenait rouge et cette rougeur persiste seule pendant dix jours. Par la suite, des douleurs, de la photophobie et du larmoiement apparaissent.

Un traitement au salicylate n'apporta qu'une amélioration légère et transitoire (5 à 6 jours). Dans les mois qui suivirent d'autres produits furent successivement essayés sans résultat.

La malade vient alors consulter le 5 avril 1951. A l'examen : injection périkeratique; précipités de cyclite vers 5 heures; deux synéchies à ce niveau; vitré trouble le fond d'œil est peu visible. V.O.D. : inférieur à 0,1. On prescrit de l'auréomycine (6 capsules par jour pendant dix jours) et homatropine.

Lorsqu'elle revient le 23 avril, son œil est blanc, calme; au biomicroscope : précipités rétrocornéens de taille variable, dont certains sont en voie de pigmentation; très fins semis pigmentaire sur la cristalloïde antérieure deux petites synéchies à 6 heures. Les milieux se sont éclaircis.

T.O.D. = 18 — V.O.D. = 1.

Aucune autre cause n'ayant pu être invoquée, il nous a paru naturel d'attribuer cette iridocyclite au petit épisode rhinopharyngé initial. Nous avons assisté à un succès indéniable de l'auréomycine, en regard de l'échec de tous les traitements pratiqués pendant près de quatre mois.

OBSERVATION N° V

(P..., 49.1892)

Il s'agit d'une femme de soixante ans qui était suivie depuis avril 1949 pour des poussées récidivantes d'iridocyclite bilatérale. Un accès hypertensif à gauche, dû à une séclusion pupillaire, nécessita une cyclodiathermie en août 1949; la tension s'était normalisée, mais la vision avait complètement disparue. Le 3 avril 1951, elle vient consulter pour une baisse brutale de l'acuité visuelle à droite, depuis trois jours.

A l'examen : V.O.D. = 1/50 — Abolition du réflexe photomoteur.

Injection périkeratique. Le biomicroscope montre : œdème bulleux de la cornée; fins précipités blancs rétrocornéens; bord pupillaire adhérent sur tout le pourtour; iris vascularisé bombant en tomate. T.O.D. = 50 — T.O.G. = 18.

Le 4 avril, on pratique une iridenclésis à droite et la malade est mise à l'auréomycine per os (6 capsules par jour).

Le 10 avril, la tension semble stabilisée. T.O.D. = 25. On doit suspendre l'auréomycine qui, depuis la veille, provoque des vomissements et des douleurs épigastriques. La malade en a absorbé 10 g 50.

Le 13 avril, à gauche : V.O.G. = 0; pupille en myosis réagissant à la lumière. À droite : V.O.D. = 1/50; l'œil est calme; l'œdème cornéen a disparu; quelques rares précipités très fins en voie de régression; bord irien adhérent. Le fond d'œil commence à être visible et on devine une grosse hémorragie au pôle postérieur, dans la région paramaculaire. T.O.D. = 20.

La malade revient nous voir le 24 avril; son acuité visuelle à droite est remontée à 0,1.

En résumé, à la suite d'une séclusion pupillaire à droite, on pratiqua une iridenclésie associée à un traitement par l'auréomycine. A quoi doit-on attribuer l'amélioration qui s'ensuivit ? Si l'on s'en rapporte à KALT, notre cas fait partie du groupe des fausses uvéites hypertensives, l'hypertension oculaire étant de cause purement mécanique; or, KALT rapporte que l'iridenclésis pratiquée dans ces cas n'agit guère sur l'acuité visuelle, ce qui n'a qu'une valeur toute relative, l'évolution de l'acuité visuelle dépendant de celle de l'uvéite et non de la tension oculaire. Ainsi, tout en reconnaissant le bénéfice tiré de l'opération, il nous semble que l'auréomycine a fortement contribué à la guérison de notre malade et à l'amélioration de son acuité visuelle. Celle-ci n'est certes remontée qu'à 0,1; mais depuis 1949, elle n'avait jamais été meilleure; et, par comparaison avec celle que l'on notait au début de la crise actuelle (1/50^e), le progrès fut considérable.

Remarquons enfin, qu'exceptionnellement, les troubles digestifs engendrés par l'auréomycine nous obligèrent à suspendre le traitement après une dose totale de 10,50 g.

OBSERVATION N° VI

(C..., 48.3096)

Homme de trente-neuf ans, traité depuis 1948 pour de nombreuses poussées d'iridocyclite, par la naidine et le salicylate. B.W. négatif.

En septembre 1950, nouvelle poussée d'iridocyclite à gauche; la photophobie et l'injection périkeratique sont très accentuées. Au biomicroscope, l'iris est terne; il existe quelques synéchies

et de nombreux plis de la Descemet. V.O.G. = 2/10. T.O.G. augmentée au doigt. Un traitement à base de pénicilline et de salicylate reste sans effet.

A partir du 6 octobre, le malade est mis à l'auréomycine à raison de 1 g 50 par jour. Mais, dix jours plus tard, on ne constate aucune amélioration. Après 15 g d'auréomycine, les douleurs sont aussi vives, l'injection périkeratique et la photophobie aussi intenses, les synéchies nombreuses, l'acuité visuelle est peu modifiée. V.O.D. = 0,3.

En résumé, chez un malade ayant présenté depuis deux ans de nombreuses récives d'iridocyclite, l'auréomycine s'est montrée inefficace. C'est notre second et dernier échec total. Mais notons également que tous les traitements précédemment essayés avaient été aussi vains.

OBSERVATION N° VII

(P... 50.3805)

Femme de cinquante-neuf ans qui se présente à la consultation le 12 juin 1950, avec l'œil droit rouge et légèrement douloureux depuis quatre jours. La vision est trouble. La lampe à fente montre des signes d'iridocyclite : tyndal important, précipités de Descemetite. V.O.G. inférieure à 0,1. Le fond d'œil est inéclairable. T.O.D. = 60 — T.O.G. = 30. On donne de l'auréomycine (6 capsules par jour).

Deux jours plus tard, on procède à 15 applications de cyclo-diathermie.

Le lendemain, V.O.D. = 0,3 — T.O.D. = 30.

Les milieux oculaires sont encore très troubles, le fond d'œil n'est pas visible. Au biomicroscope : nombreux précipités ; quelques synéchies ; œdème cornéen.

A eu 24 capsules d'auréomycine.

Le 17 juin : T.O.D. = 55.

Le 19 juin : après 9 g d'auréomycine :

V.O.D. = 1 faible — V.O.G. = 1 — T.O.D. = 20 —
T.O.G. = 15.

Les précipités rétro-cornéens sont encore nombreux; l'iris est hémorragique avec tendance aux synéchies.

Le 20 juin : T.O.D. = 50.

Le 23 juin : V.O.D. = 1.

Il ne persiste plus que quelques rares synéchies; les milieux sont transparents, le fond d'œil est normal : T.O.D. = 20 —
T.O.G. = 18.

Le 30 juin : V.O.D. = 1 — T.O.D. = 20. Il persiste quelques précipités et une synéchie; le fond d'œil est normal.

Le 7 juillet, à droite : précipités très fins et pigmentés; pas de tyndal; l'iris est libre.

T.O.D. = 18 — V.O.D. = 1 sans correction

T.O.G. = 20 — V.O.G. = 1 »

Le 24 août 1950, à droite : il subsiste quelques petits dépôts pigmentaires iriens sur la cristalloïde antérieure et la face postérieure de la cornée. La chambre antérieure est claire. V.O.
D.G. = 1.

Par la suite, l'acuité visuelle et la tension oculaire se sont maintenues normales depuis plusieurs mois.

En résumé, il s'agit d'une uvéite hypertensive traitée par la cyclodiathermie et l'auréomycine.

Après 3 g, l'AV est remontée de 1 20^e à 0,3.

Après 9 g (en cinq jours), l'AV est à 10 10^e.

La question se pose de savoir si on doit attribuer la guérison à l'antibiotique ou à l'opération. Il nous semble que ce soit plutôt dû à l'auréomycine, étant donné la constante progression de l'acuité visuelle qui s'est maintenue aux environs de 10 10^e malgré les importantes variations tensionnelles qui se sont manifestées après la cyclodiathermie.

D'autre part, il ressort des résultats publiés par KALT, de ses propres observations et de celles d'autres

auteurs, que, dans la grande majorité des cas, après cyclodiathermie, l'état de l'acuité visuelle reste stationnaire, ou même s'aggrave; lorsqu'il y a une amélioration, celle-ci est minime. Or, ça n'a pas été du tout le cas de notre malade.

OBSERVATION N° VIII

(M..., 50.5331)

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui, à son retour de vacances dans le Gers où il avait pris des bains de rivière, a présenté le 29 juillet 1950, un épisode fébrile avec température à 40° et des céphalées très vives. Le sérodiagnostic T.A.B. pratiqué alors avait été négatif.

Un mois plus tard, il se présente à la consultation d'ophtalmologie avec une iritis bilatérale évoluant depuis la veille. Au biomicroscope, on constate, à droite : iris en myosis, irrégulier, tuméfié; nombreux dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure; tyndal; cornée trouble. À gauche, myosis moins serré; dépôts moins nombreux sur la cristalloïde antérieure; nombreux précipités grisâtres rétrocornéens, de taille variable; tyndal moins accentué; pas de synéchie apparente avant dilatation. T.O.D. = 25 — T.O.G. = 22.

Il semble qu'il y ait eu une atteinte de l'œil gauche qui a précédé celle de l'œil droit.

Le 1^{er} septembre, l'acuité visuelle est de 0,2 à droite et 0,7 à gauche. T.O.D. = 20 — T.O.G. = 22.

Un séro-diagnostic au leptospire ictero-hemorragiae (fait à Pasteur) revient fortement positif. On prescrit de l'auréomycine *per os* 2 g par jour, associés au collyre.

Le 7 septembre, l'état est très amélioré.

La dose totale d'auréomycine a été de 11,50 g en sept jours.

Le 8 septembre : V.O.D. = 0,8 — V.O.G. = 7/10.

Le fond d'œil est normal, le vitré est clair.

Au biomicroscope, à droite : nombreux précipités rétrocornéens ayant tendance à se pigmenter; dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieur. A gauche, même aspect, pas de dépôts sur la cristalloïde. T.O.D.G. normal au doigt.

Le 11 septembre : V.O.D.G. = 0,9; il n'y a plus d'injection périkeratique; les précipités sont en voie de disparition. T.O.D.G. normal au doigt.

Le 3 octobre, le malade est toujours fatigué au point de vue général, mais l'état oculaire est normal : V.O.D.G. = 1. Les fonds d'yeux sont normaux. Il ne persiste plus que quelques précipités anciens.

Il s'agit donc d'une iridocyclite due à une leptospirose ictéro-hémorragique dont le diagnostic rétrospectif fut fait à l'occasion de son affection oculaire, laquelle céda rapidement à l'auréomycine; l'acuité visuelle remonta de 0,2 à 0,8 en sept jours et, dans le même temps, on assista à la régression des précipités de descémétite.

OBSERVATION N° IX

(K..., 50.1802)

Il s'agit d'un malade de soixante-sept ans qui consulte le 15 mars 1950 pour une iridocyclite droite traitée en ville depuis cinq semaines sans résultat, par les médications classiques (mercure, atropine). Elle présente des signes irritatifs importants. Au biomicroscope : gros précipités blanchâtres de Descemetite; tyn-dal important; pupille en myosis — V.O.D. = 0,1.

Est mise à l'auréomycine *per os* à raison de sept capsules par jour, associée à des instillations d'atropine.

Le 18 mars, l'injection périkeratique est aussi intense, mais la photophobie est bien plus supportable. La lampe à fente montre une pupille moyennement dilatée à contour irrégulier, avec de multiples synéchies. Gros précipités disposés en triangle. V.O. D.G. = 0,2 faibles, amélioration à gauche à 0,9 avec + 2 d 50.

Le 20 mars, l'injection périkeratique s'est notablement effacée; on constate une nette amélioration de la transparence de la chambre antérieure et de l'état de l'orifice pupillaire. A.V. sans changement.

A partir du 22 mars, les milieux oculaires s'éclaircissent davantage et l'acuité visuelle remonte progressivement, et quatre jours plus tard : V.O.D. = 0,6 faibles.

Le 31 mars, l'œil est calme, il n'y a presque plus de rougeur périkeratique, plus de photophobie ni de larmolement. La lampe à fente montre encore : gros précipités rétrocornéens; tyndal léger; bord pupillaire plus régulier; dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure. L'acuité visuelle reste inchangée. Tension oculaire normale et on continue l'atropine deux fois par jour.

Ici encore, nous assistons à l'efficacité de l'auréomycine après l'échec des thérapeutiques classiques; les signes irritatifs ont rapidement cédé; l'acuité visuelle, avec un léger retard, a montré une nette et rapide progression, passant en quelques jours de 0,1 à plus de 0,5.

OBSERVATION N° X

(G..., 50.2363)

Malade qui, le 5 avril 1950, en manipulant des briques, reçoit un corps étranger dans son œil droit.

Lorsqu'il consulte le 7 avril, il présente une iritis à droite : tyndal accentué ; nombreux exsudats pupillaires; pas de précipités sur la face postérieure de la cornée.

V.O.D.G. inf. à 0,1.

A l'examen ophtalmoscopique, la papille semble très floue. On prescrit auréomycine *per os* : huit capsules par jour.

Le 11 avril : V.O.D. inf. à 0,1; le fond d'œil est trouble.

Le 13 avril, de nombreux précipités de cyclite apparaissent.

Le 15 avril, une amélioration se fait jour : il n'y a plus de tyndal; l'iris n'est plus hyperémié; les milieux oculaires sont plus clairs.

Les quatre jours suivants, la dose quotidienne d'auréomycine est réduite à 1 g. Le 21, l'acuité visuelle est encore inchangée, les précipités, brunâtres, sont en voie de disparition. Puis, on assiste à une brusque remontée de l'acuité visuelle qui, le 27 avril, atteint 0,7 faibles, après correction.

Le 13 mai, l'œil est calme; il n'y a plus de précipités rétro-cornéens; la chambre antérieure est claire; il ne persiste plus qu'une synéchie ancienne supéro-externe vers deux heures.

Remarquons que l'auréomycine semble avoir agi plus lentement que dans nos autres observations; ce que l'on peut sans doute considérer comme une conséquence du traumatisme initial qui aurait en quelque sorte entraîné une sidération des moyens de défense du globe oculaire et un ralentissement de ses facultés de récupération.

Remarquons également que, malgré la dose de 24 g d'auréomycine, on n'observa aucun incident d'ordre digestif.

OBSERVATION N° XI

(F..., 49.5081)

Il s'agit d'une malade de quarante-huit ans dont l'œil gauche était rouge, larmoyant et douloureux depuis trois jours.

Le 12 mars 1950, on note une injection périkeratique; la fluorescéine prend de façon diffuse. Au biomicroscope, pas de précipités, la pupille est normale. T.O.G. = 18.

On prescrit : atropine — pénicilline — sulfamides — pansement.

Le 13 mars, la fluorescéine est négative; il existe une petite synéchie vers sept heures, un tyndal léger. Au traitement précédent, on associe de l'iodaseptine salicylée intraveineuse.

Le 14 mars, malgré l'atropine, la pupille est contractée, la chambre antérieure est plus trouble. On pratique une injection sous-conjonctivale de novocaïne-adréraline.

Le 17 mars, dilatation moyenne; exsudat sur la cristalloïde antérieure à six heures; quelques fins précipités rétrocornéens. T.O.G. = 15. De nouveau pénicilline sous-conjonctivale associée à une injection rétrobulbaire de novocaïne-alcool.

Le 21 mars : T.O.G. = 15 — V.O.G. = 0,1.

On commence alors l'auroéomycine à raison de cinq capsules par jour; et l'acuité visuelle se met à remonter progressivement.

Le 24 mars : V.O.G. = 0,2; et en sept jours, après 10 g d'auroéomycine, V.O.G. = 0,7.

Le 7 avril : V.O.D.G. = 1.

Pas de cyclite. Fond d'œil normal.

Nouvel exemple d'une iridocyclite aiguë ayant résisté aux traitements usuels. Aucune amélioration n'étant survenue après dix jours, on utilise l'auroéomycine; en huit jours, après l'absorption de 10 g du produit, l'acuité visuelle passe de 0,1 à 0,7; quelques jours plus tard, elle atteint 10/10^e.

OBSERVATION N° XII

(S..., 50.2813)

Il s'agit d'un enfant de onze ans qui vient à la consultation le 27 avril 1950. Depuis cinq jours, se plaint d'impression de mouches volantes, sans douleur, sans température ni céphalées. Ses antécédents ne révèlent rien d'anormal; une cuti-réaction pratiquée au début du mois avait été négative.

A l'examen, les yeux sont blancs.

V.O.D. = 0,1 — V.O.G. = 0,4.

Le fond d'œil à droite est trouble, mais la papille semble normale; à gauche, normal; avec cependant une atrophie réti-

nienne assez marquée rendant visible le réseau choroïdien. Le biomicroscope montre à droite de très nombreux précipités fins disposés sur l'hémi-cornée inférieur; un tyndal discret; pas de synéchie ni congestion irienne. A gauche, rien à signaler.

On demande des examens des dents et des sinus, et l'enfant est mis à l'atropine et à l'auréomycine (quatre capsules par jour).

Le 29 avril : V.O.D. = 0,2 — V.O.G. = 0,4 — Le fond d'œil est plus éclairable.

Le 2 mai, l'acuité n'a pas changé, mais le malade accuse une amélioration subjective.

Le 6 mai, après 12 g d'auréomycine, V.O.D.G. = 0,4.

Le 29 juin : V.O.D. = 0,4 et V.O.G. = 0,7, après correction. Le fond d'œil à droite montre de nombreux corps flottants, une atrophie rétinienne. Pour compléter le traitement à l'auréomycine, on prescrit : extrait placentaire, Ca, vit. D..

Il s'agit donc, chez un jeune myope, d'une crise de cyclite de l'œil droit avec hyalite d'origine indéterminée. L'amélioration obtenue par l'auréomycine est rapide; elle commence dès le lendemain du traitement : les milieux oculaires s'éclaircissent et l'acuité visuelle remonte.

OBSERVATION N° XIII

(V..., 48.2464)

Il s'agit d'une jeune femme de trente ans, en excellent état général, ayant cinq enfants vivants bien portants dont elle nourrit le dernier au sein. Elle vient consulter le 7 avril 1951 pour une crise aiguë d'iridocyclite de l'œil droit. V.O.D. = 0,5 faible. On lui prescrit de l'auréomycine en collyre et *per os*, et un examen dentaire est demandé.

Elle revient quelques jours plus tard; n'ayant pu s'acheter les capsules d'auréomycine, elle n'a utilisé que le collyre. L'état oculaire est inchangé. L'examen dentaire ayant révélé un foyer

infectieux, on pratique l'extraction de la dent malade et en deux ou trois jours, les signes irritatifs disparaissent et l'acuité visuelle redevient normale.

Bien que cette observation n'entre peut-être pas entièrement dans le cadre de notre travail, il nous a paru intéressant de la rapporter, d'abord parce qu'elle témoigne de l'inefficacité du collyre à l'auréomycine utilisé seul pour le traitement des iridocyclites, ensuite parce qu'elle semble être un exemple très caractéristique d'une iridocyclite d'origine focale, la suppression de l'infection dentaire ayant eu un effet spectaculaire.

OBSERVATION N° XIV

(J..., 48.7413)

Il s'agit d'une malade de soixante-huit ans, chez qui on pratiqua, le 6 décembre 1950, une extraction de cataracte à l'œil gauche. Voici le protocole opératoire : « Lambeau conjonctival moyen — extraction du cristallin à la pince d'Arruga. Malade très indocile — réduction de l'iris aussi bonne que possible. »

Le 1^{er} février 1951, elle revient à la consultation et on constate : à gauche, œil très infecté, chambre antérieure plate; hernie de l'iris importante; douleurs vives; iris hyperémié. Au biomicroscope, on aperçoit des précipités rétrocornéens. A droite, petits précipités sur la face postérieure de la cornée; injection périkeratique.

On administre de l'auréomycine *per os* et de la cortisone par voies sous-conjonctivale et intracaméculaire.

L'œil gauche devient moins douloureux et l'injection diminue; cependant, on procède à l'énucléation de l'œil gauche le 3 février et on continue le traitement à l'auréomycine et à la cortisone locale à droite. L'état de l'œil droit s'améliore; les précipités et les synéchies régressent et, le 22 février, on assiste à un nettoyage complet de la chambre antérieure, il n'y a plus

de précipités, l'iris est libéré. Par la suite, l'état est stabilisé et, le 8 mai, on note : œil calme, pas de précipités.

Il s'agit donc d'un cas d'ophtalmie sympathique pour laquelle, selon la méthode classique, on procéda à l'énucléation de l'œil sympathisant; on y associa un traitement à l'auréomycine et à la cortisone. Les manifestations du côté de l'œil sympathisé cédèrent assez rapidement. Quel est l'élément du traitement qui en fut la cause ? Nous rappellerons que les auteurs sont généralement d'accord pour reconnaître que l'effet de l'énucléation est peu important sur l'œil sympathisé lorsque l'ophtalmie sympathique s'y est déclarée. Restent l'auréomycine et la cortisone. Les effets de la thérapeutique par les antibiotiques dans l'ophtalmie sympathique furent très inconstants. RENARD avait obtenu quelques succès avec les sulfamides. Certains auteurs, dont RENARD, BEAUVIEUX et BESSIÈRES, TOULANT et LARMANDE, obtiennent des guérisons par la pénicilline. Par contre, DOLLFUS et DUBOIS-POULSEN ont eu cinq insuccès sur cinq cas traités. DESVIGNES enregistra également un échec.

Pour TOULANT et LARMANDE, la streptomycine n'a jusqu'à présent donné aucun résultat.

Duke ELDER utilisa sans succès l'auréomycine dans un cas d'ophtalmie sympathique; mais aucune conclusion ne paraît pouvoir être tirée de son observation car le traitement, à peine institué, dut être interrompu chez le sujet mentalement instable.

BRALEY et SANDERS n'obtinrent qu'une amélioration subjective chez un de leurs deux malades.

Par ailleurs, on fonde actuellement de grands espoirs sur la cortisone. Mais rien de définitif n'a encore été établi.

Aussi, nous garderons-nous bien de conclure sur notre seul cas. Nous pensons cependant qu'il ne faut

pas chercher à attribuer l'amélioration obtenue à l'un des deux médicaments à l'exclusion de l'autre, mais plutôt à la combinaison de leurs effets, anti-inflammatoire pour l'auréomycine et anticlasiqne pour la cortisone.

III. — COMMENTAIRES.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de nos observations ?

1° *Efficacité de l'auréomycine.*

Si l'on excepte le cas d'ophtalmie sympathique et celui de V... (obs. n° 13) qui ne fut pas traité systématiquement, sur quatorze yeux pour lesquels un traitement systématique fut institué, douze ont réagi favorablement.

Quand l'auréomycine est efficace, son action est rapide, l'amélioration se fait sentir dès les premiers jours et se manifeste par une sédation des signes fonctionnels (douleurs, larmolement, photophobie) et une reprise notable de l'acuité visuelle; enfin, l'évolution de l'affection est écourtée.

2° *Posologie.*

Le collyre utilisé seul est inefficace, ce qui ne saurait surprendre étant donné la faible quantité du produit apportée par cette voie. Il serait donc préférable de l'éviter pour se mettre à l'abri des phénomènes allergiques parfois graves contre lesquels nous ont mis en garde les dermatologistes.

L'auréomycine fut donc administrée par voie orale sous forme de capsules dosées à 0,25 g, réparties en plusieurs prises.

Dans l'ensemble, la posologie a été sensiblement la même : de 1,50 g à 2 g par jour jusqu'à une dose totale de 12 g environ. Dans un cas, il ne fut pas dépassé 7 g, dans un autre, on atteignit 24 g.

3° *Problème étiologique.*

Tout d'abord, remarquons que dans la plupart de nos observations, le traitement à l'auréomycine a été appliqué, avec succès, sans qu'on ait pu déterminer une origine précise. Il ne faut pas en déduire que le diagnostic étiologique devient inutile. Les échecs enregistrés suffiraient à prouver le contraire. Il faut donc toujours, par tous les moyens, essayer de découvrir la cause exacte afin de pouvoir instituer une thérapeutique vraiment efficace.

Mais nous devons bien reconnaître que le problème étiologique reste souvent sans réponse.

Et dans ces cas, ne peut-on supposer que l'iridocyclite est de nature virusienne ? Ce qui expliquerait à la fois :

- que nos recherches dans le but de caractériser l'agent causal soit demeurées vaines;
- que les traitements usuels aient échoué;
- que l'auréomycine se soit montrée efficace, grâce à son action spécifique sur les virus.

4° *Intolérance.*

Dans l'ensemble, l'auréomycine fut très bien tolérée. Il n'y eut que quelques troubles digestifs bénins : nausées, brûlures épigastriques, et deux de nos malades seulement s'en plaignirent. Une seule fois des vomissements nous contraignirent à cesser le traitement. Et encore, la malade avait-elle déjà absorbé 10,50 g du produit.

Le taux d'urée sanguine, régulièrement suivi, ne subit pas de modification.

5° Pour clore ce chapitre des iridocyclites, nous résumerons dans le tableau ci-dessous l'évolution de l'acuité visuelle et les doses d'auréomycine utilisées :

	A.V. avant le traitement	DOSES en grammes		JOURS de traitem.	A.V. après le traitement
		Quotid.	Totale		
Obs. n° 1 ..	0,3	2	12	6	0,6
Obs. n° 2 ..	0,2	1,50	10	7	aucun changement
Obs. n° 3 O.D.	0,1	3	13	5	0,7 (par la suite 0,9)
Obs. n° 3 O.G.	0,1	2	7	4	0,5 (état antérieur)
Obs. n° 4 ..	moins de 0,1	1,50	15	10	1
Obs. n° 5 ..	0,02	1,50	10,5	7	0,1 (état antérieur)
Obs. n° 6 ..	0,2	1,50	15	10	aucun changement
Obs. n° 7 ..	moins de 0,1	1,50	9	6	1
Obs. n° 8 O.D.	0,2	2	11,50	7	0,8 (par la suite 1)
Obs. n° 8 O.G.	0,7	«	«	«	0,8 (par la suite 1)
Obs. n° 9 ..	0,1	1,75	14	8	0,6
Obs. n° 10 ..	moins de 0,1	2 puis 1	24	15	0,7
Obs. n° 11 ..	0,1	1,50	10	7	0,7 (par la suite 1)
Obs. n° 12 ..	0,1	1	12	12	0,4 (état antérieur)

TROISIEME PARTIE

LE ZONA OPHTALMIQUE

Parmi les formes cliniques du zona, le zona ophtalmique occupe une place toute particulière par l'importance de ses complications oculaires, l'intensité de ses douleurs et la fréquence de ses séquelles algiques.

La multiplicité des traitements proposés pour le zona souligne assez qu'aucun d'entre eux n'a été vraiment efficace. En particulier, la pénicilline conseillée par FLANDIN ne semble pas avoir donné les résultats escomptés. Actuellement, l'auréomycine paraît avoir complètement bouleversé le pronostic du zona, et de nombreux travaux ont déjà été publiés à ce sujet.

I. — RAPPEL DES TRAVAUX DES DIVERS AUTEURS

Bien que le traitement étiologique soit le même dans les diverses formes de zona, nous ne pourrions nous étendre sur les autres cas que ceux de zonas ophtalmiques.

Rappelons cependant les publications de FINLAND, FINNERTY et COLLINS, de THIERS, RACOUCHOT et PINET, de PELLERAT et LAFON, et de BINDERS et STUBBS.

R.-B. CASE rapporte le cas d'une femme de cinquante-cinq ans traitée pendant trois jours sans résultats par la codéine et la vitamine B pour un zona ophtalmique très douloureux. En désespoir de cause, il administre 250 milligrammes d'auréomycine toutes les trois heures et, en moins de vingt-quatre heures, les douleurs cessent et l'œdème palpébral diminue. En quarante-huit heures, l'éruption est améliorée. La dose quotidienne est alors réduite à 1 g pendant trois jours

au cours desquels les progrès s'accroissent; un mois plus tard, il ne persiste plus qu'une légère sensation de brûlure qui finit elle-même par s'estomper.

Duke ELDER et ses collaborateurs, dans un cas de zona ophtalmique, avec iridocyclite, n'obtiennent aucun résultat avec 15 grammes d'auréomycine.

L'expérience de DUNPHY est encore plus décevante puisque, chez une malade soignée à l'auréomycine pour une autre affection, un zona ophtalmique s'est développé en cours de traitement. Il en fut de même pour SCHOENBACH.

SHIER et PROVVISOR rappellent que BRALEY et SANDERS échouèrent dans deux cas de zona ophtalmique traités par l'auréomycine par voie intramusculaire, tandis que FINLAND et ses collaborateurs obtinrent quelques succès dans des zones ophtalmiques avec lésions oculaires. Eux-mêmes rapportent le cas d'un homme de cinquante-neuf ans atteint de zona ophtalmique accompagné d'érosions cornéennes, de température à 39° et de prostration. L'auréomycine, à la dose de 2 g par jour, amène, dès vingt-quatre heures, une nette amélioration croissante et rapide de son état.

ZELLER et O'CONNER rapportent la guérison de deux cas de zona ophtalmique avec ulcères cornéens, obtenue par l'instillation de collyre à l'auréomycine. Nous pensons que l'amélioration signalée ne concerne que les ulcères cornéens.

Un zona ophtalmique droit avec fièvre, courbature, douleurs vives et ulcérations cornéennes, fut traité avec succès par TZANCK, ALBAHARY et CALDERA, par l'auréomycine à raison de 2,50 g pendant deux jours, puis 1,50 g les deux jours suivants.

Le malade put quitter l'hôpital au cinquième jour de son éruption, le visage presque normalisé.

LAYANI, dans un cas de zona ophtalmique hyperalgique rebelle à la morphine et à la novocaïne intra-

veineuse, applique un traitement à l'auréomycine : 2 g le premier jour, puis 4 g par jour la semaine suivante; au total : 30 g. En vingt-quatre heures, il obtient la sédation des douleurs et l'éruption disparaît en cinq jours. Un mois plus tard, il ne persiste plus qu'une légère hypoesthésie, vestige d'une kératite vésiculoulcéreuse grave.

AUBERTIN et RIVIÈRE signalent un zona ophtalmique survenu chez un enfant de quatre ans, évoluant depuis dix jours, avec kérato-conjonctivite. L'auréomycine à la dose de 1 g par jour, amena une guérison totale en cinq jours.

Enfin, dernièrement (janvier 1951), VERNIER et FOUCHÉ rapportent le cas d'un zona ophtalmique, coexistant avec une varicelle, traité par 9 g d'auréomycine répartis en sept jours. L'évolution de la varicelle fut très écourtée; quant au zona, une amélioration considérable fut obtenue dès le troisième jour, mais il y eut une reprise très violente des douleurs dès que le malade cessa de prendre les capsules d'auréomycine. Ils font toutefois remarquer que les doses initiales furent sans doute trop faibles (0,50 g par jour pendant deux jours), et que, de plus, il y aurait intérêt à prolonger l'administration du produit même après la cicatrisation des lésions cutanées.

II. — NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

(R..., 50.6398)

Femme de quatre-vingt-deux ans qui vient consulter le 16 octobre 1950 pour une éruption érythémateuse de l'hémiface gauche apparue depuis vingt-quatre heures, avec œdème, douleurs, pas de fièvre.

Il s'agit d'un zona ophtalmique gauche, douloureux, dont l'éruption est encore peu marquée, mais ayant atteint toutes les branches de l'ophtalmique : nasale, lacrymale, frontale. Il existe des vésicules sur l'aile du nez. Du point de vue oculaire, on n'aperçoit aucune lésion sauf une légère infiltration cornéenne inférieur vers 6 heures.

On prescrit un traitement à l'auréomycine; et le 19 octobre, après 2 g du médicament, l'éruption est déjà en voie d'assèchement, la malade souffre beaucoup moins.

Le 26 octobre, après 8 grammes, il n'y a pas de lésions oculaires qui soient apparues.

Remarquons la rapidité d'action de l'auréomycine qui agit en deux jours à des doses relativement faibles.

D'autre part, la présence du point de kératite limbique paraît bien indiquer que l'antibiotique a fait avorter l'évolution de lésions oculaires commençantes.

OBSERVATION N° II

(G..., 50.3025)

Malade de soixante-sept ans qui se présente le 6 mai 1950 pour un zona ophtalmique gauche ayant débuté depuis deux jours. Il existe une éruption fronto-pariétale très importante avec vésicules confluentes contenant une sérosité louche, avec gros œdème palpébral et injection conjonctivale. Pas de vésicules sur l'aile du nez. Hypoesthésie cornéenne sans lésion actuellement visible de l'épithélium.

Il est hospitalisé le lendemain en médecine générale, puis passe dans le service d'ophtalmologie, où, après accord avec le service de médecine générale, il est mis au traitement par l'auréomycine à la dose d'attaque de 3 g par jour.

Dès le lendemain, 9 mai, on assiste à une amélioration spectaculaire des lésions cutanées qui se dessèchent, disparition presque complète de l'œdème palpébral, cessation des douleurs.

C'est alors que, le 12 mai, le résultat d'un dosage d'urée sanguine montre la présence de 1,25 g d'urée; à la suite de quoi on interrompt l'auréomycine.

Le malade en a absorbé une dose totale de 9 g. Un nouveau dosage d'urée fait constater une élévation à 2,30 g. Mais son état local étant satisfaisant, le malade sort le 13 avril sur sa demande.

Il est hospitalisé à nouveau deux jours plus tard à la Pitié pour coma urémique avec hémiplegie; issue fatale, et, la veille de sa mort, l'urée sanguine atteignait 3,20 g.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

D'abord elle nous montre l'effet spectaculaire de l'auréomycine sur l'évolution du zona : sédation immédiate de l'éruption et des douleurs, sans doute due à la précocité du traitement et à son intensité.

Mais les accidents graves présentés par le sujet appellent aussi quelques commentaires. Faut-il incriminer la toxicité de l'auréomycine vis-à-vis d'un malade qui avait eu des hématuries et des accidents de prostatite dans les années précédentes, et dont les reins étaient déficients ? Notre maître, Monsieur DOLLFUS, pense qu'il s'est agi plutôt d'une intoxication par résorption massive de toxines, due à un dessèchement trop rapide des lésions cutanées, comme cela se produit chez les grands brûlés. Nous sommes d'avis d'accepter cette interprétation, étant donné d'une part que, chez tous nos autres malades traités à l'auréomycine, le taux de l'urée sanguine n'a jamais subi la moindre modification. D'autre part, RUTENBOURG et Fritz SCHWEINBURG ont montré dans vingt-six cas d'infections urinaires que l'auréomycine n'était pas nocive vis-à-vis du rein, et qu'en particulier, l'azotémie n'augmentait pas chez les insuffisants rénaux.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de cet accident, le fait doit nous inciter à nous montrer prudents dans la dose d'attaque chez les sujets âgés ou chez ceux que l'on soupçonne d'une déficience rénale.

OBSERVATION N° III

(H..., 51.1927)

Homme de cinquante ans qui vient consulter le 12 mars 1951 pour un zona ophtalmique droit à topographie fronto-lacrymale. L'éruption avait débuté la veille, accompagnée de douleurs sourdes.

Actuellement, douleurs beaucoup plus vives, la température est montée aux environs de 38°. L'éruption est très étendue, envahissant très en arrière la région fronto-pariétale, toute la paupière supérieure; le nez est épargné. Les vésicules, abondantes, reposent sur un placard érythémateux fortement saillant. Hypoesthésie très marquée dans la zone de l'éruption. Il n'existe pas de lésion oculaire apparente sinon une hypoesthésie cornéenne et une légère injection périkeratique. Acuité visuelle normale.

On prescrit l'auréomycine *per os* (1,50 g par jour) et en collyre.

Le lendemain, 13 mars, le syndrome infectieux général s'accroît. La fièvre monte à 38°7 et de volumineuses adénites régionales apparaissent.

Le 14 mars, on assiste à une brutale aggravation des symptômes locaux : une nouvelle poussée éruptive s'est produite, faite de vésicules confluentes beaucoup plus importantes que les vésicules initiales; la saillie du placard érythémateux a augmenté et une tuméfaction importante empâte toute l'hémiface droite.

L'œil droit est complètement fermé par du ptosis inflammatoire. La conjonctive hyperémie est le siège d'un chémosis important.

V.O.D. = 0,4 + 0 d 50 = 0,5

V.O.G. = 0,7 + 0 d 50 = 1

T.O.D.G. normal au doigt.

Au biomicroscope, la cornée est normale; il n'y a pas de cyclite; l'iris est d'aspect normal, on note un léger myosis.

Le 15 mars, une notable amélioration se fait jour, tout aussi soudaine que l'aggravation précédente; les vésicules s'affaissent, les éléments initiaux commencent à sécher, le placard érythémateux diminue. Le ptosis inflammatoire est considérablement amoindri.

L'A.V. est inchangée.

Au biomicroscope, injection périkeratique légère; pas de cyclite; légère infiltration cornéenne vers 6 heures; tyndal discret; myosis. Les fonds d'yeux sont normaux.

A partir de ce jour, l'état du malade s'améliore sans cesse.

Le 17 mars, l'éruption sèche, les douleurs cèdent et le sommeil revient; la température redescend à 37°; les adénites sont en voie de disparition.

Le 21 mars : V.O.D. = 0,5 et + 0 d 50 = 0,9.

La lampe à fente montre une légère injection périkeratique, une petite opacité cornéenne à 6 heures; l'iris est normal, pas de synéchies.

Les fonds d'yeux sont normaux.

Les douleurs ont complètement disparu.

Le malade a pris une dose totale de 15 g d'auréomycine.

Le 3 avril, il revient nous voir, se plaignant de douleurs sourdes dans la zone de l'éruption. Un analgésique banal les fit disparaître en vingt-quatre heures.

En résumé, il s'est agi d'un zona ophtalmique avec un syndrome éruptif intense qui, après avoir présenté un paroxysme dès le début du traitement, s'améliora considérablement dans les trois jours suivants. Il semble qu'au cours de la nouvelle poussée évolutive, on ait assisté à une extension de l'infection zonateuse à la branche nasale du nerf ophtalmique, ce qui se serait traduit par une iritis légère (myosis, tyndal) et une petite infiltration cornéenne, que l'auréomycine a empêché d'évoluer.

OBSERVATION N° IV

(C..., 50.4290)

Femme de trente-six ans qui consulte le 30 juin 1950 pour un zona ophtalmique droit à localisation fronto-sourcilière : bouquets de vésicules dans le sourcil, le front, la racine du nez et l'angle interne des paupières. Légère injection périkératique. Actuellement, pas de lésions de l'épithélium cornéen ni de cyclite. V.O.D.G. = 1.

Traitée par l'auréomycine : 1,50 g par jour.

Trois jours plus tard, on note une baisse de la sensibilité cornéenne; injection périkératique.

Le 6 juillet 1950, le fond d'œil est normal, la cornée est normale; dessèchement des vésicules; a pris en tout vingt-quatre capsules d'auréomycine.

OBSERVATION N° V

(C..., 51.1114)

Ce cas est le résumé de l'auto-observation que nous a obligeamment fournie un de nos collègues du service d'ophtalmologie, ce dont nous le remercions vivement.

Le début est marqué le 31 janvier 1951 par une rougeur de la conjonctive bulbaire de l'œil droit, simulant une épisclérite, qui fut traitée pendant quatre jours par de la pommade à la pénicilline, sans amélioration.

Le 4 février, apparition d'une injection périkératique et d'indurations dermiques au niveau de la tête du sourcil et de la région frontale interne. Cette zone est le siège de douleurs pas très intenses et il y existe de la paresthésie.

Le 6 février, une éruption zostérienne typique, d'intensité modérée, apparaît; quelques vésicules dépassent la ligne médiane. Un ganglion sous-maxillaire est sensible à la palpation. Le soir de ce même jour, apparition d'un trouble visuel de l'œil droit :

sensation de brouillard léger autour des objets. En même temps, les douleurs deviennent intenses et provoquent de l'insomnie. On instille de l'atropine.

Le 7 février, la lampe à fente montre une cornée normale, absence de synéchies iriennes.

Le 8 février, une nouvelle poussée éruptive s'étend à la paupière supérieure.

Le 9 février, notre collègue qui, jusqu'alors, avait été absent de Paris, vient se faire examiner à l'hôpital de la Pitié où l'on constate une injection périkeratique importante; de l'œdème cornéen; de nombreux et très fins précipités rétrocornéens; quelques synéchies iriennes inférieures. T.O.D. = 24. On institue le traitement suivant : auréomycine en collyre et *per os* (2 g par jour). Cortisone sous-conjonctivale. Atropine.

Le 10 février, l'état semble stabilisé et deux jours plus tard l'éruption est en voie de régression.

T.O.D. = 19 — V.O.D. sans correction = 0,4.

Le 16 février, on arrête l'auréomycine; la dose totale a été de 10 grammes.

Le 19 février, disparition presque totale de l'éruption et de l'injection périkeratique. Il ne persiste plus qu'une petite zone cornéen, à 3 heures, œdématiée et hyperesthésique.

V.O.D. = 0,6 — 0 d 75 = 0,9.

Pendant quelque temps encore, on continue l'atropine associée à l'hygirodine et au bēnerva. Les douleurs oculaires ont disparu; dans la zone de l'éruption, elles persistent peu de temps encore, légères.

Le 5 mars, arrêt de toute médication.

Deux mois plus tard, le lundi 7 mai, il fait une application de pommade à l'auréomycine sur une plaie superficielle de sa jambe gauche.

Dès le lendemain matin, l'œil droit redevient rouge, la vision trouble; l'injection périkeratique réapparaît; au biomicroscope, on aperçoit des précipités rétrocornéens, un tyndal de la chambre

antérieure. Il prend alors 1 g d'auréomycine *per os*. L'instillation d'atropine provoque une dilatation convenable.

Le mercredi matin, il existe une floculation très importante de l'humeur aqueuse; nette tendance aux synéchies. Il continue d'absorber de l'auréomycine à raison de 2 g par jour, mais n'obtient aucune amélioration.

Le 12 mai, on interrompt le traitement à l'auréomycine; une amélioration progressivement constante va se produire alors.

En résumé, le traitement à l'auréomycine institué lors de la première crise a rapidement contrôlé l'évolution des lésions cutanées et les complications oculaires.

Mais quelle est la signification de la récurrence d'iridocyclite qui s'est produite deux mois plus tard ? Nous ne pouvons pas la considérer comme une rechute de l'infection zonateuse : les iritis post-zostériennes non seulement sont rares, mais encore adoptent une évolution atténuée, torpide, s'opposant à la brutalité et à l'intensité de l'accident présenté par C... Il s'agit plutôt d'une réaction de sensibilisation à l'auréomycine, déclenchée par l'application locale, cutanée, de pommade. L'aggravation des signes oculaires lors de l'ingestion d'auréomycine et la rapide amélioration qui suivit l'interruption du traitement, sont bien en faveur d'une telle interprétation.

Enfin, il ne nous semble pas sans intérêt de signaler à propos de cette observation, que quatre de nos collègues du service d'ophtalmologie présentèrent successivement, dans l'espace de deux mois environ, un zona intercostal, un autre zona intercostal, le zona ophtalmique rapporté ci-dessus, enfin une varicelle.

OBSERVATION N° VI

(S..., malade de la clientèle privée de notre maître, Monsieur le Docteur DOLLFUS.)

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans qui, depuis cinq jours, avait une sensation de corps étranger au niveau de l'œil gauche. Il existe une éruption zonateuse discrète : quelques vésicules au voisinage du cuir chevelu et sur la partie haute du front.

V.O.D.G. = 1. Injection périkeratique légère; rien au biomicroscope; sensibilité cornéenne normale.

Un traitement à l'auréomycine a amené une guérison rapide et sans séquelles.

Cette observation n'est pas sans intérêt, car, malgré la discrétion de l'éruption, l'injection périkeratique montre que : même dans les cas les plus bénins et qui paraissent à l'abri de toutes complications oculaires, celles-ci n'en sont pas moins latentes, et à ce seul titre, le traitement doit être aussi précoce et efficace que pour les cas d'allure grave.

III. — COMMENTAIRES

Quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer des résultats de nos observations et de celles des autres auteurs ?

1° EFFICACITÉ DE L'AURÉOMYCINE.

Dans la plupart des cas, l'auréomycine se montre très efficace. Son action est rapide; et généralement dès les quarante-huit premières heures, on assiste à une régression de l'ensemble des symptômes.

a) *Syndrome infectieux général.*

La fièvre tombe, le sommeil revient, l'adénite fond.

b) *Syndrome éruptif.*

L'évolution des lésions cutanées est écourtée, leur cicatrisation est accélérée. FINLAND pense qu'après trente-six heures de traitement, il n'apparaît plus de nouvelles vésicules, et les éléments précédents sèchent en vingt-quatre heures.

C'est ce qui eut lieu dans un de nos cas (observation n° 3) où une seconde poussée éruptive eut lieu environ trente-six heures avant le début du traitement et s'améliora rapidement par la suite.

c) *Syndrome douloureux.*

Les douleurs suivent une évolution parallèle à celle des lésions cutanées; elles disparaissent totalement quand le traitement a été suffisamment précoce, et, dans tous les cas, elles sont considérablement diminuées. L'effet est rapide et se manifeste dès les premières doses : MICHEL signale ainsi un zona très douloureux évoluant depuis huit jours, dont les douleurs disparurent tout de suite après la prise de deux capsules d'auréomycine, soit 0,50 g.

Quelle est la dose totale efficace ? L'accord n'est pas fait sur ce point. C'est ainsi que, dans le cas de MICHEL, le traitement dut être interrompu après l'absorption de 2,50 g du produit. Le résultat fut cependant excellent et a semblé définitif. Par contre, VERNIER et FOUCHE, après avoir obtenu une rapide amélioration avec 3 g, constate une récurrence des douleurs dès l'arrêt du traitement et après une dose totale de 9 grammes; ce qu'ils attribuent à la faiblesse des doses quotidiennes, en particulier celles des premiers jours.

Est-ce que l'auréomycine peut éviter les algies post-zostériennes ? Nous n'avons pas de recul suffisant pour nous faire une opinion précise sur ce point; cependant, FINLAND, FINNERTY et COLLINS en ont observés six cas; mais ils précisent qu'il s'agissait de malades dont le traitement fut entrepris plus de deux semaines après le début des lésions. Ceci concorde avec les conclusions de MERCIER qui rappelle que les lésions anatomiques du zona ne sont au début que des réactions inflammatoires susceptibles de régression; mais qu'elles aboutissent à la formation de lésions conjonctives cicatricielles qui sont à l'origine des douleurs post-zostériennes. Il est donc essentiel d'agir précocement avant la constitution de séquelles anatomiques irréversibles.

d) Syndrome oculaire.

Les complications oculaires ne paraissent pas se produire une fois le traitement entrepris, ou alors elles ne se sont manifestées que par une baisse de la sensibilité cornéenne ou une infiltration périphérique très localisée de la cornée.

Lorsqu'elles existent avant le début du traitement, celui-ci les améliore rapidement et en écourte l'évolution comme en témoignent notre observation n° 5, et le cas rapporté par LAYANI.

2° POSOLOGIE.

Dans l'ensemble, les doses quotidiennes oscillent entre 1,5 g et 2 g. La dose totale est peu élevée; dans nos observations, elle est en moyenne de 9 g, avec deux cas extrêmes de 6 et 15 g.

La posologie des autres auteurs est sensiblement la même, sauf pour le malade de LAYANI, qui semblait particulièrement atteint, et auquel on administra 30 g d'auréomycine.

Donc en général, les doses totales furent relativement basses. Mais, il est curieux de constater à ce sujet, que, pour les autres localisations du zona, qui sont moins redoutables que le zona ophtalmique, les doses d'auréomycine utilisées sont sensiblement plus importantes; c'est ainsi que nous relevons :

- chez THIERS : 15 g pour un zona thoracique;
- chez PELLERAT et LAFON : 15 g pour un zona lombo-sacré;
- chez TZANCK : 20 g pour un zona cervicobrachial;
- chez TZANCK : 24 g pour un zona cervico-occipital;
- chez FINLAND : la dose moyenne fut de 24 g.

A quoi peut-on attribuer cette différence ? Est-ce l'étendue de l'éruption qui pousse à intensifier le traitement ?

3° TOXICITÉ.

Etant donné le grave accident survenu chez G..., nous avons régulièrement suivi le taux d'urée sanguine chez tous nos malades, mais nous n'en avons jamais observé de modification.

Les seuls troubles accusés, comme pour les cas d'iridocyclites, furent de simples nausées ou brûlures épigastriques.

4° Un dernier point mérite enfin d'être discuté : comment expliquer les cas de zonas signalés par DUNPHY et SCHOENBACH, survenant au cours d'un traitement à l'auréomycine à l'occasion d'une autre affection ?

Nous nous rallions pour cela à l'opinion de TZANCK qui les considère comme des éruptions zostériformes symptomatiques et non comme des zonas primitifs.

Quoi qu'il en soit, nous nous croyons autorisés à penser que, de tous les traitements employés contre le zona, c'est l'auréomycinothérapie qui s'est révélée la meilleure par les résultats obtenus et sa facilité d'application.

CONCLUSIONS

Au terme de notre travail, et pour nous résumer, rappelons que l'auréomycine ne peut prétendre agir sur tous les cas d'iridocyclites dont l'étiopathogénie est si variée. Mais, dans ceux que l'on rencontre le plus couramment en clinique, elle se montre souvent efficace avec le minimum de toxicité : leur évolution est écourtée, les signes fonctionnels s'amendent et l'acuité visuelle remonte rapidement; les formes aiguës réagissent mieux que les formes chroniques.

Son principal intérêt tient à sa polyvalence; et en particulier, dans les cas où l'étiologie n'a pu être précisée, souvent l'auréomycine influence favorablement l'évolution d'iridocyclites qui s'étaient montrées jusque là rebelles aux traitements anti-infectieux usuels, alors que l'inverse ne se produit pas. La nature probablement virusienne de ces cas permettrait d'expliquer l'efficacité de l'auréomycine.

En ce qui concerne le zona ophtalmique, si tous les auteurs ne sont pas d'accord, si tous les cas ne sont pas des succès, l'auréomycine est, à tout prendre, le produit qui a donné les meilleurs résultats, avec le minimum de difficulté technique; son efficacité semble réelle quand elle est utilisée précocement : l'éruption cède rapidement, les complications oculaires paraissent avorter ou sont guéries, et les algies post-zostériennes semblent moins fréquentes et moins intenses.

Et, bien que nos observations soient trop peu nombreuses pour nous permettre d'en tirer des conclusions définitives, nous pensons que les résultats obtenus sont suffisamment encourageants pour inciter à d'autres essais dans cette voie.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
VELTER

Vu, et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER et HUBER. — Méthode et premiers résultats cliniques d'une épreuve fonctionnelle de la perméabilité hémato-oculaire. (*Soc. Suisse Ophth.*, 1945; *Ophthal.*, 111, 1946, p. 155.)
- A. M. — L'auréomycine. (*An. d'Oc.*, vol. 183, mars 1950, p. 238.)
- AUBERTIN et RIVIÈRE. — Trois cas de zona guéris par l'auréomycine. (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 12 mai 1950.)
- BAQUET (R.). — Actualités thérapeutiques. (*Maroc Médical*, n° 299, avril 1950, p. 365.)
- BARTHOLOMEW et NICHOLS. — Le lait contre les vomissements dus à l'auréomycine. (*Proc. St. Meet. Mayo Clinic*, 25, 1950, p. 370.)
- BATCHELOR (T.) and TODD (G.). — Aureomycin and penicillin in leptospirosis. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 143, may 1950, p. 21.)
- BELLOWS (J.). — Modern management of ocular infections. (*Am. Journ. Ophth.*, 6, june 1950, p. 309.)
- BELLOWS (J.), RICHARDSON (V.) and FARMER (C.). — Aureomycin in ophthalmology. (*Am. Journ. Ophth.*, 2, février 1950, p. 273.)
- BENHAMOU (Ed.). — La place des nouveaux antibiotiques en thérapeutique clinique. (*Presse Méd.*, 9 avril 1949, n° 24, p. 330.)

- Faits nouveaux concernant les antibiotiques : chloromycétine et auréomycine. (*Acq. Méd. Rec.*, 1949, p. 203.)
- BENOIST (D.). — Contribution à l'étude d'un nouvel antibiotique : l'auréomycine. (*Thèse Méd.*, Paris, février 1949.)
- BENZAKEN (F.). — Les applications locales de la pénicilline en ophtalmologie. (*Thèse Méd.*, Alger, juin 1948.)
- BERTOYE (P.), MONNET (P.) et TOURAINE (R.). — Les accidents cutanés dus à l'auréomycine chez les malades et le personnel infirmier. (*Lyon Médical*, n° 53, 1950, p. 433.)
- BICKEL (G.). — L'hormone hypophysaire surrénocorticotrope (A.C.T.H.) et ses applications thérapeutiques. (*Presse Méd.*, 27 septembre 1950, n° 59, p. 1007.)
- BINDER (M.) and STUBBS (L.). — Treatment of herpes zoster with aureomycin. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 148, 1949, p. 1050.)
- BOASE (A.). — The use of aureomycin in trachoma. (*Brit. Journ. Opht.*, 34, 627, octobre 1950.)
- BORDES (L.); FARNIAUD (M.), PORTE (L.). — Essais thérapeutiques avec l'auréomycine dans l'amibiase. (*Presse Méd.*, vol. 58, 25 février 1950, p. 198.)
- BRAINERD (H.). — What's new in aureomycin and other antibiotics. (*California Med.*, vol. 71, july 1949, p. 9.)
- Auréomycine intraveineuse. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 142, 1950, p. 443.)
- BRALAY (A.) and SANDERS (M.). — Aureomycin in ocular infections, a preliminary report. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 138, 1949, p. 426.)
- Aureomycin in ocular infections. (*Am. Journ. Opht.*, vol. 32, june 1949, p. 119.)
- BRYER (M.), SCHOFNBACH (E.), CHANDLER (C.), BLISS (E.) and LONG (P.). — Aureomycin experimental and clinical investigations. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 138, sept. 1948, p. 117.)

- BRYER (M.) and SCHOENBACH (E.). — Treatment of experimental infections with aureomycin. (*New-York Ac. Sc.*, 21, July 1948.)
- BURSTEIN (F.). — Sensitivity to aureomycin. (*Am. Journ. Opht.*, June 1950, p. 973.)
- BURTON (A.), WAISBREN and HUECKEL (J.). — Aureomycin and aluminium hydroxyde. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 141, 1949, p. 938.)
- CASE (R.). — Aureomycin in the treatment of herpes zoster. (*California Med.*, vol. 71, sept. 1949, p. 214.)
- CERISE (L.) et THUREL (R.). — Zona ophtalmique. (*Traité d'Opht.*, t. 7, p. 225.)
- CHEN (C.), DIENST (R.) and GREENBLATT (R.). — Aureomycin in the treatment of gonorrhea. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 143, June 1950, p. 725.)
- CIVATTE (A.). — Anatomie pathologie de l'allergie. (*Soc. Fr. Derm. et Syphil.*, vol. 157, 1950, p. 13.)
- COPPEZ (L.). — L'ophtalmie sympathique. (*Traité d'Opht.*, édit. 1939, vol. VI, p. 129.)
- COUTER (P.). — Applications ophtalmologiques de la pénicillinothérapie. (*Thèse Méd.*, Lille, 1946.)
- CUNNINGHAM (R.). — Pharmacology of aureomycin. (*Minutes of the Sixth Streptom. Conf.*, octobre 1948, p. 231.)
- D'ANDRADE (L.) and BREDÁ (R.). — Résultats de l'emploi de l'auroéomycine dans quelques cas de trachome. (*Arch. d'Opht.*, n° 4, 1950, p. 509.)
- DEGOS (R.), GARNIER (G.), CARON (J.). — Acnée conglobata très améliorée par l'auroéomycine. (*Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, vol. 56, 1949, p. 489.)
- DEJEAN (C.) et FERRIE (J.). — La tuberculose atypique de l'appareil visuel. Edit. Maloine, 1948.
- DESIGNES (P.) et MORAULT. — Action de l'auroéomycine sur le trachome. (*Arch. d'Opht.*, n° 3, 1950, p. 378.)

- DOLLFUS (M.-A.). — Auto-observation d'un cas de kérato-conjonctivite dite « des chantiers navals ». (*Bull. Soc. Opht. de France*, mars 1949, p. 425.)
- Traitement des iridocyclites par l'auréomycine. (*Soc. d'Opht. de France*, octobre 1950, n° 7, p. 562.)
- DOLLFUS (M.-A.) et DUBOIS-POULSEN. — Thérapeutique par la pénicilline. Masson éd., 1947, p. 277.
- DUGGAR. — Introductory paper in conference on aureomycin, a new antibiotic. (*New-York Ac. Sc., Section on Biology*, 21 july 1948.)
- DUKE ELDER (S.), AINSLIE (D.) and BOASE (A.). — Aureomycin in ophtalmology (a preliminary report). (*Brit. Journ. Opht.*, january 1950, p. 30.)
- DUNPHY (E.). — Ocular therapeutic principles and practical applications. (*Arch. of Opht.*, décembre 1950, p. 806.)
- ELLIOT (D.). — Effect of aureomycin in ocular complications of leprosy. (*Am. Journ. Opht.*, vol. 33, n° 7, july 1950, p. 1029.)
- FARNARIER (G.). — Traitement des séquelles algiques du zona ophtalmique. (*Année Thérapeutique en Opht.*, t. I, 1950, p. 149.)
- FINLAND, COLLINS and PAINES. — Aureomycin a new antibiotic. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 38, 27 novembre 1948.)
- FINLAND, COLLINS, GOCKE, WELLS. — Present status of aureomycin therapy. (*Annals of Int. Med.*, vol. 31, july 1949, p. 39.)
- FINLAND, FINNERTY and COLLINS. — Aureomycin treatment of herpes zoster. (*New England Journ. of Med.*, vol. 241, décembre 1949, p. 1037.)
- FLANDIN (C.). — Traitement du zona par la pénicilline. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, avril 1948, p. 415.)
- FRANÇOIS (J.). — Traitement des iridocyclites aiguës. (*Année Thérapeut. en Ophtal.*, t. I, 1950, p. 163.)

- GARNIER (G.). — Bilan provisoire de l'auréomycine en dermatologie. (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syphil.*, vol. 56, 1949, p. 489.)
- GENNES (L. »1) et BRICAIRE (H.). — L'auréomycine. (*Presse Méd.*, n° 29, avril 1949, p. 325.)
- GERNEZ, RIEUX, BRETON, BOUTE et DELWAULLE. — Syndrome de B.B.S. associé à une tuberculose à localisations multiples. Action remarquable de la streptomycine. (*Journ. Fr. Méd. et Chir. Thoracique*, vol. 4, 1948, p. 376.)
- GOUGEROT (H.), MEYER (J.) et RAUPAST. — Au dossier de l'auréomycine deux cas d'érythème polymorphe. (*Soc. Fr. de Derm. et Syphil.*, vol. 57, mars 1950, p. 184.)
- GUILLEMEN (J.). — Deux nouveaux antibiotiques, l'auréomycine et la chloromycétine. (*Sem. Hôp. Paris*, n° 2, janvier 1949, p. 81.)
- Deux nouveaux antibiotiques, l'auréomycine et la chloromycétine. (*Sem. Hôp. Paris*, n° 9, février 1949, p. 391.)
- GUILLERET (P.). — Zona intercostal anthracôïde, guérison par la pénicilline. (*An. Dermat. et Syphil.*, n° 11, nov. 1946, p. 708.)
- HARTMANN (Ed.). — Sur une épidémie de kérato-conjonctivite dans la région parisienne. (*Bull. Soc. d'Opht. de France*, février 1949, p. 319.)
- HARTMANN (E.) et FOREST (A.). — L'auréomycine dans le traitement de l'herpès cornéen. (*Bull. Soc. d'Opht. de France*, mars 1950, p. 84.)
- HEILMAN (R.). — Aureomycin in the treatment of experimental relapsing fever and leptospirase icterohemorrhagica. (*Pr. Staff Meet. of the Mayo Clinic*, vol. 23, 1948, p. 569.)
- JANBON (M.) et BERTRAND (L.). — Première expérience de traitement de la brucellose à *Brucella melitensis* par l'auréomycine. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, vol. 66, 1950, p. 1352.)
- KALT (M.). — Les uvéites hypertensives. (*Soc. Fr. d'Ophthalmologie*, édit. Masson, mai 1949.)

- KASS (E.), LUNDGREEN (M.) and FINLAND (M.). — Failure of aureomycin and terramycin to increase resistance to toxic action of influenza virus. (*Exp. Biol.*, vol. 75, n° 2, novembre 1950, p. 521.)
- LAMAR (C.). — Aureomycin and aluminium hydroxyde. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 141, 1949, p. 938.)
- LAPORTE (A.). — Auréomycine et chloromycétine. (*Acq. Méd. Rec.*, 1950, p. 257.)
- LEDERLE LABORATOIRES (New-York). — Outline of the present status of aureomycin. (*Communicat. pers.*)
- LESSARD (R.). — Chloromycétine et auréomycine. (*Laval Médical*, vol. 15, octobre 1950, p. 1073.)
- LEVADITI (C.) et VAISMAN (A.). — L'auréomycine, nouvelle médication antisypilitique. (*Presse Méd.*, n° 20, avril 1950, p. 333.)
- Effets virulicides de l'auréomycine. (*C. R. Soc. Biol.*, t. 144, mars 1950, p. 326.)
- LONG, BLISS, SCHOENBACH, CHANDLER and BRYER. — Bases expérimentales et utilisation clinique des antibiotiques. (*Presse Méd.*, n° 59, 1950, p. 1005.)
- LONG (P.), SCHOENBACH (E.), BLISS (E.), BRYER (M.) and CHANDLER (C.). — The experimental and clinical use of polymixin, chloromycetin and aureomycin. (*California Med.*, n° 70, 1949, p. 157.)
- LUTZ (A.), GROOTZEN (O.), WITZ (A.) et TROUSSEL (A.). — Sur la fréquence des staphylocoques pathogènes pénicillino-résistants. L'action de la streptomycine, auréomycine et de la terramycine. (*Strasbourg Méd.*, I, 1950, p. 538.)
- MAC VAY (L.), LAVID (R.) and SPRUNT (D.). — Treatment of amebiasis with aureomycin. (*Southern. Med. Journ. Birmingham*, vol. 43, avril 1950, p. 308.)
- MAC VAY (L.), DUNAVANT (D.), GUTHRIE (F.) and SPRUNT (D.). — Treatment of actinomycosis with aureomycin.

- Report of a case. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 143, july 1950, p. 1067.)
- MAUREY (J.). — Etude pathogénique du zona. (*Thèse Méd.*, Paris, 1948.)
- MERCIER (J.). — La douleur au cours du zona ophtalmique. (*Thèse Méd.*, Paris, juin 1947.)
- MICHEL (M.). — Deux résultats remarquables de l'auréomycine dans des zonas très douloureux. (*Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, 1951, p. 190.)
- MONTBRUN (A.) et LAVAT (J.). — Ophtalmoscopie et dissémination tuberculeuse. (*Soc. d'Opht. de Paris*, novembre 1949, p. 72.)
- MORAX (P.). — Contribution à l'étude étiologique et au traitement des iridocyclites. Dédutions pratiques. (*Ann. d'Oculist.*, vol. 183, février et mars 1950.)
- MORÉNAS (L.) et COLRAT (A.). — Paralysies oculaires et zona dorsolombaire. (*Journ. Méd. de Lyon*, 20 mars 1932, in : *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmo.*, 1933, p. 80.)
- MOUTINHO (H.), GRILO (M.) et MOURA (S. DE). — Premiers essais de traitement du trachome avec l'auréomycine. (*Rev. Int. Trach.*, 26, 1949, p. 223.)
- MUNOZ (J.) and GEISTER (R.). — Inhibition of phagocytosis by aureomycin. (*Proc. of the Soc. Exp. Biol.*, vol. 75, novembre 1950, p. 367).
- NADEAU (H.). — Les antibiotiques. (*Laval Méd.*, vol. 15, mai 1950, p. 638.)
- NATAF (R.). — (*Revue Intern. du Trachome*, n° 2, 1950, p. 56.)
- O'LEARLY (P.). — Treatment of syphilis by oral use of aureomycin. (*Oklahoma State Medical Ass. Journ.*, vol. 42, august 1949, p. 315.)
- PECK (S.) and FELDMAN (E.). — Sensitivity reactions to aureomycin. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 142, 1950, p. 1137.)

- PELLERAT et LAFON. — Action favorable de l'auréomycine dans le traitement du zona. (*Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, n° 2, 1950, p. 253.)
- PERIOT (M.) et PHILIP (B.). — Chloromycétine et auréomycine. (*Marseille Méd.*, n° 8, 1950, p. 363.)
- PLANSON (E.). — Prophylaxie des accidents cutanéomuqueux dus à la chloromycétine et à l'auréomycine par le complexe B. (*Presse Méd.*, vol. 59, n° 33, mai 1951, p. 674.)
- RAIS et ARROYO. — Premiers essais de traitement du trachome par l'auréomycine. (*Tunisie Médicale*, n° 8, 1950, p. 681.)
- RAKE (G.) and DONOVICK (R.). — Tuberculostatic activity of aureomycin *in vitro* and *in vivo*. (*An. Rev. Tub.*, july 1949, p. 243.)
- REBATTU (J.), MOUNIER. KUHN (P.), DECHAUME (J.), BONNET (P.) et COLRAT (A.). — Zona^s céphaliques. (*Revue d'Oto-Neuro-Opht.*, avril 1933, p. 241.)
- RENARD (G.). — Complications oculaires du zona ophtalmique. (*Bull. Méd.*, 30 avril 1932, p. 316.)
- RIMBAUD (L.). — Zona. (*Précis de Neurologie*, édit. Doin, 1950, p. 903.)
- ROBINSON (H.), ROBINSON (H. Jr) and ROBINSON (R.). — (*Journ. Invest. Dermat.*, vol. 13, 1949, p. 9.)
- RODRIGUEZ (J.), PLOTKE (F.), WEINSTEIN and HARRIS (W.). — Aureomycin and its effects in early stages of syphilis. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 141, novembre 1949, p. 771.)
- ROETHH (A. DE). — Penetration of aureomycin in to the eye. (*Arch. of Opht.*, vol. 42, 1949, p. 365.)
- Penetration of aureomycin into the eye. (*Arch. of Opht.*, vol. 44, septembre 1950, p. 469.)

- ROSS, SCHOENBACH, BURKE, BRYER, RICE and WASHINGTON.
— Aureomycinotherapy of Rocky Mountain spotted fever. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 138, déc. 1948.)
- RUTLEDGE (W.). — Aureomycin and aluminium hydroxyde. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 141, 1949, p. 398.)
- SANDERS (M.). — Auréomycine intraveineuse. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 142, 1950, p. 443.)
- SCHAFER and SPINK. — Therapy of experimental brucella infections in the developing chick embryo. (*Journ. Immun.*, t. 59, 1948, p. 393.)
- SCHNEIERSON (S.). — A rapid method for determination of the aureomycin concentration of the blood. (*Proc. Soc. Exp. Biol.*, vol. 74, 1950, p. 106.)
- SCHOENBACH, BRYER, LONG. — Pharmacological and chemical studies with aureomycin. (In : *Conf. on Aureomycin*, N.-Y. *Ac. Sc.*, 21 juillet 1948.)
- SEYBERLICH. — Auréomycine intramusculaire. (*Presse Méd.*, I, 1951, p. 7.)
- SHIER (J.) and PROVISO (B.). — Epidemic herpes zoster ophthalmicus report of a case treated with aureomycin. (*Am. Journ. Ophth.*, décembre 1950, p. 1921.)
- SIGUIER (F.), CHOUBRAC, PIETTE et HERMAN. — L'aureomycine dans le traitement de l'amibiase intestinale aiguë et évolutive. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 66, 1950, p. 1363.)
- SPINK (W.), BRAUDE (A.), CASTANEDA (R.) and GOYTIA (R.). — Aureomycinotherapy in human brucellosis due to *Brucella melitensis*. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 138, décembre 1948, p. 1145.)
- STEENKEN (W.) and WOLINSKY (E.). — Tuberculostatic activity of aureomycin *in vitro* and *in vivo*. (*Am. Rev. Tub.*, février 1949, p. 221.)
- STEINBACH (M.), DOONEIEF (A.) and BUCHBERG (A.). — The use of aureomycin in pulmonary infections. (*Am. Rev. Tub.*, juin 1949, p. 624.)

- TEULIÈRES (M.) et BEAUVIEUX (J.). — Maladies de l'iris. (*Traité d'Ophtalm.*, 1939, t. V, p. 16.)
- THIERS (H.), RACOUCHOT (J.) et PINET. — Sédation immédiate des douleurs zonateuses chez une femme âgée, par l'auroéomycine. (*Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, n° 2, 1950, p. 260.)
- TOULANT (P.) et LARMANDE. — Considérations sur l'ophtalmie sympathique. (*Soc. Fr. d'Opht.*, 1949, p. 296.)
- TOULANT (P.). — Ophtalmie sympathique, réactions méningées et traitement par pénicilline et sulfamides. (*Bull. Acad. Méd. Paris*, 1946, p. 599.)
- TOULANT (M.). — La kérato-conjonctivite épidémique. (*Algérie Méd.*, 1950, p. 361.)
- TZANCK (A.). — Considérations générales sur l'allergie en dermatologie. (*Bull. Soc. Fr. Derm. et Syphil.*, vol. 57, 1950, p. 6.)
- TZANCK (A.) et MEYER (B.). — Maladie de Duhring Brocq traitée par l'auroéomycine. (*Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, vol. 56, 1949, p. 431.)
- TZANCK (A.), ALBAHARY (C.) et CALDERA (R.). — Zona et auroéomycine. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 66, 1950, p. 1218.)
- TZANCK (A.), SIDI (E.) et HUBAULT (A.). — Un cas d'intolérance à l'auroéomycine. (*Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, n° 2, 1950, p. 187.)
- VERNER (C.), VERNON (K.) and DERMOTT (W.). — Absorption and excretion of terramycin in humans : Comparison with aureomycin and chloramphenical. (*Proc. Soc. Exp. Biol.*, vol. 74, 1950, p. 261.)
- VERNIER (L.) et FOUCHÉ (G.). — Coexistence d'un zona ophtalmique et d'une varicelle chez une même malade. Traitement par l'auroéomycine. (*Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, n° 1, 1951, p. 62.)
- WAISBREN (B.) and GLICK (D.). — Effect of aureomycin on heparin concentration and clotting time of human blood. (*Proc. Soc. Exp. Biol.*, vol. 75, 1950, p. 476.)

- WESLEY (W.), SPINK and ELLARD (M.). — Aureomycin : present status in the treatment of human infections. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 141, 1949, p. 965.)
- WILCOX (R.). — L'aureomycine, un nouveau traitement pour la syphilis. (*Brit. Med. Journ.*, n° 4636, 1949, p. 1076.)
- WOODS (A.), WOOD (R.) and NAQUIN (H.). — Studies in experimental ocular tuberculosis : effect of streptomycin and promizole. (*Arch. of Opht.*, vol. 43, 1950, p. 834.)
- WOODWARD (T.). — Chloromycetin and aureomycin : therapeutic results (*Ann. Int. Med.*, vol. 31, 1949, p. 53.)
- WOODWARD (T.), RABY (W.), EPPES (W.), HOLBROOK (W.) and HIGHTOVER (J.). — Aureomycin in treatment of experimental and human tularemia. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 139, 1949, p. 830.)
- WOODWARD (T.), PARKER (R.) and HALL (H.). — Therapeutic results with aureomycin and chloramphenicol. (*Bull. N.-Y. Ac. Med.*, n° 26, 1950, p. 66.)
- WONG and COX. — Action of aureomycin against experimental rickettsial and viral infections. (In : *Conf. on Aur. N.-Y. Ac. Sc.*, 21 juillet 1948.)
- WRIGHT (L.), SANDERS (S.), LOGAN (R.), PRIGOT (A.) and HILL (L.). — Aureomycin, a new antibiotic with virulicidal properties. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, vol. 138, 1948, p. 409.)
- ZELLER (R.) and O'CONNER (E.). — Treatment of dendritic keratitis with aureomycin. (*Am. Journ. Opht.*, vol. 33, 1950, p. 619.)

